Nr. 6. 5 lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. Tadeusz Wiczyński. Lwów.

O zmianach jajników przy zmięknieniu kości.

Z zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. (Dyrektor: prof. Dr. Nowicki.)

Równocześnie z podaniem przez Fehlinga (1887) wycięcia jajników, jako środka leczniczego przy rozmięknieniu kości, stało się aktualnem pytanie, w czem leży przyczyna tego zjawiska. Możemy z góry powiedzieć, że, mimo najrozmaitszych badań podjętych w celu wyjaśnienia tej sprawy, pytanie to i dziś jeszcze jest otwarte. Między innemi drogami, mającemi prowadzić do odpowiedzi na to pytanie, starano się znaleźć ją i na drodze badań anatomiczno-drobnowidowych jajników, pochodzących z kastracji kobiet tem cierpieniem dotkniętych. I tak pierwszy Velits stwierdził ogólne przekrwienie jajników i różnego stopnia zwyrodnienie szkliste naczyń krwionośnych, głównie w zakresie istoty rdzennej. Rossier znalazł obok tego w istocie korowej drobne ogniska szkliste okrągłe lub owalne, których pochodzenie odnosił do szklistego zwyrodnienia komórek samej istoty korowej, a nie naczyń. To właśnie szkliste zwyrodnienie naczyń krwionośnych i samej substancji jajnikowej stanowiło jedyną podstawę anatomiczną dla utrzymującej się dość długo teorji Fehlinga o etjologji zmięknienia kości. Według tego autora choroba ta miała być troficzną neurozą kości, powstającą na drodze odruchowej, przyczem punkt wyjścia dla tego odruchu stanowić miały zakończenia nerwowe jajników szklisto zwyrodniałych. Mniej-więcej podobny obraz drobnowidowy jajników został później wielokrotnie potwierdzony, przyczem jednak należy zauważyć, że najczęściej stwierdzoną cechą tych jajników było samo rozszerzenie obfitych naczyń krwionośnych w istocie rdzennej jajnika, znane później pod nazwą «*angiodystrophia ovarii*».

Gdy następnie, zgodnie z postępem nauki, zaczęto uważać zmięknienie kości za wynik zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu jajnika (Kehrer 1899), teorja Fehlinga straciła swe znaczenie, a badania nad etjologją tego schorzenia zostały skierowane na inne tory. Do badań drobnowidowych jajników przy zmięknieniu kości zwrócono się z powrotem z chwilą, gdy Wallart wypowiedział zdanie, że zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu jajników przy zmięknieniu kości należy odnieść do przerostu t. zw. gruczołu śródmiąższowego jajnika „*glande interstitielle de l'ovaire*" (francuskich autorów). Późniejsze jednak badania nie potwierdziły zapatrywania Wallarta, opisane bowiem przez późniejszych autorów obrazy drobnowidowe były albo wątpliwe albo zupełnie ujemne. Seitz znalazł w jednym przypadku zmięknienia kości wśród ciąży przerost gruczołu śródmiąższowego w jajnikach. Stern zaś stwierdził tylko przerost otoczki wewnętrznej pęcherzyków kurczących się (czyli tzw. prototyp gruczołu śródmiąższowego według Aschnera). Późniejsze badania Franqué'go dały wynik zupełnie ujemny nietylko co do wyraźnego rozwoju gruczołu śródmiąższowego, lecz i co do jego prototypu pod postacią bujania otoczki wewnętrznej. Słusznie jednak Aschner, nie przesądzając ani dodatniego ani ujemnego wyniku odnośnie do powyższych badań, podnosi fakt, że badania te powinny były być wykonane zapomocą barwienia na tłuszcze dużych skrawków przeglądowych. Z innych cech jajników osteomalatycznych podnoszono także nadmierną produkcję pęcherzyków, lecz i temu później zaprzeczono wobec faktu, że u wieloródek, a jeszcze wyraźniej w ciąży, produkcja pęcherzyków jest wogóle wzmożona, wiadomo zaś, że zmięknienie kości najczęściej właśnie u wieloródek występuje, a, zaostrzając się w ciąży, często wśród ciąży było operacyjnie leczone. Obok tego jednak znane są przypadki zmięknienia kości pozaciążowego i pozapołogowego, które usunięciem operacyjnem jajników były wyleczone, mimo, że w jajnikach tych nie stwierdzono wzmożonej produkcji pęcherzyków. Jeden taki przypadek, opisany przez Sellheima, dotyczył kobiety 54-letniej, po przekwitaniu; w jajnikach nie znaleziono ani śladu pęcherzyków, mimo to po wycięciu jajników nastąpiło wybitne polepszenie.

Z powyższego krótkiego zestawienia widzimy, że nie znaleziono do tej pory jakichś stałych cech patognomonicznych w utkaniu drobnowidowem jajników. W ten sposób wyraża się nietylko Sonntag w podręczniku Winckla z r. 1905, lecz i w ostatniej już dobie Aschner (1918), twierdząc, że »dotychczasowe badania morfologiczno-drobnowidowe jajników przy zmięknieniu kości dały wynik zupełnie ujemny». Innemi słowy dotychczasowe badania nie zbudowały podstaw morfologicznych dla teorji wyznającej, że zmięknienie kości jest wynikiem nadmiernej, czy też zaburzonej czynności wydzielniczej jajników przy tej chorobie. Stąd też w ostatnich już latach pojawiły się nowe teorje o etjologji tego schorzenia, że wspomnę tylko prace Naegeli'ego (1918), który twierdzi, że zmięknienie kości jest wynikiem zaburzeń w czynności nie jednego tylko gruczołu dokrewnego, tj. jajnika, lecz że jest schorzeniem wielogruczołowem («*innersekretorische pluriglanduläre Erkrankung*«). Niemniej jednak pozostał nadal nad wyraz interesującym fakt leczniczego działania trzebienia, które, jeśli niezawsze w jednakowym stopniu i niejednakowo szybko sprowadza wyleczenie, to przecież w pewnej przynajmniej liczbie przypadków już w dzień, lub kilka dni po operacji usuwa bóle. Że nie mamy tu do czynienia z jakiemś ubocznem działaniem (np. chloroformu), to zostało ponad wszelką wątpliwość stwierdzone.

Nie wchodząc więc bliżej w ocenę teorji Naegeli'ego o zmięknieniu kości, jako o schorzeniu wielogruczołowem, pragnę tylko podkreślić ten fakt, że w każdym razie jajnik, już choćby ze względu na to lecznicze działanie trzebienia w tem wielogruczołowem schorzeniu, jeśli nie najważniejszą, to w każdym razie pierwszorzędną odgrywa rolę. Możemy więc powiedzieć, że zagadnienie co do przyczyn leczniczego działania trzebienia wchodzi już ściśle w zakres pytania co do etjologji zmięknienia kości. I to jest właśnie przyczyną, dla której zachowanie się anatomiczno-drobnowidowe jajników przy zmięknieniu kości, mimo ujemnych dotychczas wyników badań w tym kierunku przeprowadzonych, stanowić musi nadal przedmiot godny zainteresowania. Tem więcej interesujące jest to zagadnienie na tle zestawienia następujących faktów. Wiemy, że bez względu na to, jaka jest etjologja zmięknienia kości, schorzenie to w rezultacie odbija się głównie na systemie kostnym. Z ogólnych zaś zasad biochemji wiemy, że warunkiem prawidłowego rozwoju kości jest doprowadzanie do ustroju pewnego minimum tłuszczów i ciał tłuszczowatych, czyli lipoidów. Jeśli na tle zestawienia tych dwu faktów uwzględni się te nad wyraz żywe procesy biochemiczne, jakie się w jajniku właśnie w odniesieniu do lipoidów odbywają, to zdaje się, że pytanie co do zachowania się lipoidów w jajnikach przy zmięknieniu kości jest nietylko interesujące, lecz, wobec rozlicznych badań ostatnich lat co do roli lipoidów w ustroju, i aktualne.

Z przytoczonych powodów postanowiłem wyzyskać bogaty materjał, jaki mi nastręczyła w pewnym stopniu epidemja zmięknienia kości, którą z różnem nasileniem spostrzegaliśmy we Lwowie i okolicy w latach 1918, 1919, 1920 i 1921 (do końca maja). Że nie było to zmięknienie kości analogiczne do grasującej w tym czasie w Wiedniu i przez wiedeńskich autorów jako specjalnej postaci zmięknienia kości głodowego (»*Hungerosteopathie*«) opisanego, o tem świadczą najlepiej podane poniżej protokoły badań. W ten też sposób sprawa ta była przedstawiona przez Orzechowskiego i autora na posiedzeniu Tow. lek. lwow. dnia 20 lutego 1920 r. Muszą być również z góry uchylone wszelkie wątpliwości rozpoznawcze w odniesieniu do przypadków, z któ-

rych pochodzą jajniki przezemnie badane. Jeśli bowiem wśród tej masy przypadków w wymienionym okresie czasu spostrzeganych mogły być i takie, co do których szczególniej we wczesnym okresie choroby, pewne trudności rozpoznawcze mogły się nasuwać, to nie odnosi się to w każdym razie do przypadków dla niniejszych badań wyzyskanych, a to dlatego, że jajniki, których zbadanie stanowi materjał niniejszej pracy pochodzą albo z operacji, której poddawano zdecydowane przypadki zmięknienia kości, albo ze sekcji przypadków nieoperowanych, która kliniczne rozpoznanie potwierdziła.

Zadanie moje było podwójne; obok bowiem zbadania utkania drobnowidowego jajników w ogólności, a więc niejako kontroli wyników badań dotychczasowych w tym kiernnku przeprowadzonych, głównem mojem zadaniem było przeprowadzenie badań co do zachowania się lipoidów w tym narządzie przy omawianem schorzeniu. Stąd też i w technice badań musiałem obok zwykłych metod barwienia (hematoksylina z eozyną, v. Giesson) zastosować metody barwne, mikrochemiczne na lipoidy. Szczegółów, dotyczących tej techniki nie podaję, gdyż była ona taka sama, jak przyjęta przezemnie i opisana w pracy p. t. «O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim«. Podkreślić tylko pragnę dwa szczegóły ważne dla badań w niniejszej pracy przedstawionych, a mianowicie, że ta właśnie kombinacja sposobów badania zezwoliła mi na dokładne spełnienie zadania we wstępie postawionego; jeśli bowiem przy kontroli wyników dotychczasowych dla stwierdzenia zmian szklistych nadawało się barwienie hematoksyliną i eozyną i v. Gieson, to dla stwierdzenia cech takich, jak przerost gruczołu śródmiąższowego lub zachowanie się aparatu pęcherzykowego najlepiej nadaje się barwienie na tłuszcze (Sud III.+ hematoksylina) dużych skrawków przeglądowych. Słuszność tej uwagi, podanej przez A s c h n e r a, miałem sposobność potwierdzić we wzmiankowanej pracy. Szczegół drugi dotyczy faktu, że dla oceny ilości lipoidów w danym jajniku, jak i ich jakości przy zestawieniu rozmaitych sposobów barwienia, trzeba pewnego doświadczenia. Wartość więc wyników w niniejszej pracy podanych w znacznym stopniu podnosi doświadczenie w poprzednich pracach przezemnie nabyte.

Zbadany przezemnie materjał dotyczy 12 przypadków, z tego 10 operacyjnych i 2 sekcyjnych. Dwa pierwsze przypadki zużytkowane były również we wspomnianej pracy autora (przyp. 12 i 21 grupy I.).

Wyniki badań w krótkości ujęte przedstawiają się następująco:

1. M. F. l. 35. Rodziła 6 r. Ostatni poród przed 5 l. Nie roniła. Miesiączka co 4 tyg. 5—6 dni trwająca. Ostatnia przed $3^1/_2$ tygodniem. Chora od 5 mies. Z m i ę k n i e n i e k o ś c i m i e r n e g o s t o p n i a, lecz wyraźne. 18. VI. 1918 *Laparotomia.*

J a j n i k i: 8·5×3·2×1·8 cm. i 2×1·5×1·3 cm. jajowate, gładkie, białoszare z nielicznymi drobnymi torbielkami. N a p r z e k r o j u: twarde (z wyjątkiem torbielków wypełnionych jasnym koloidowym płynem); w lewym c. ż. 2×1·3 cm. typowe. Blizny. D r o b n o w i d o w o: Obfita ilość naczyń krwionośnych, pokręconych, wykazujących nieznaczny stopień szklistego zwyrodnienia (głównie naczynia średnie). W warstwie korowej spotyka się drobne szkliste twory okrągłe lub owalne, bez światła lub z bardzo małem okrągłem światłem, w którem można jeszcze stwierdzić wyściółkę śródbłonkową. W ścianie tych naczyń spotyka się jednak jeszcze jądra, które swem ułożeniem i postacią przypominają niezmienione pozostałości mięśniówki naczyń.

Tkanki podścieliskowej w stosunku do obfitości naczyń jest stosunkowo mało. Również nieliczne są twory w jajniku zwykle spotykane, jak pęcherzyki pierwotne, dojrzewające, kurczące się itd. Ciałko żółte o typowem utkaniu c. ż. reg. Typowe utkanie torbielków i nielicznych pęcherzyków kurczących się. Ani t. zw. gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu w postaci przerosłej otoczki wewnętrznej pęcherzyków kurczących się niema śladu. Nieliczne blizny. Z wyjątkiem c. ż., w którem lipoidy są tylko nieznacznie zmiejszone, we wszystkich innych tworach jest ich m n i e j: W pęcherzykach i torbielkach prawie zupełny brak, w bliznach i wśród samego podścieliska z powodu nieznacznej ilości „komórek lipoidowych“ również mniej lipoidów niż zwyczajnie. Dokoła ciał białych brak zupełny. B a r w i e n i e t y p o w e.

2. A. K. l. 38. Rodziła 3 r., ostatnio przed 7 l. Miesiączki od 3 lat brak. Chora od 3 lat. Od 3 mies. leczona fosforem i adrenaliną. Z m i ę k n i e n i e k o ś c i ś r e d n i e g o stopnia. 5. X. 918. *Laparotomia.*

J a j n i k i: 3·2×1·5×0·5 cm. i 3×1·3×0·7 cm. szarobiałe, pokurczone, atroficzne. P r z e k r ó j: chrząstkowato-twardy, jednostajny, szary. D r o b n o w i d o w o: Uderza bardzo znacznego stopnia zanik podścieliska, wskutek czego na pierwszy plan występuje obfitość naczyń krwionośnych, pokręconych, o ścianach zgrubiałych, przyczem tylko w drobniejszych naczyniach spotyka się i to tylko ślady zmian szklistych, najczęściej tylko w zakresie błony zewnętrznej (*adventitia*), czasem ślady w mięśniówce. Wśród grupowo ułożonych naczyń spotyka się twory kuliste, szklisto zwyrodniałe, które zarówno ze względu na obecność jeszcze nielicznych jąder mięśniówki a także zaznaczonego jeszcze gdzieniegdzie światła należy uważać za niedrożne naczynia krwionośne. Obok nich spotyka się wstęgowatc pokręcone i poprzerywane pasemka tkanki szklistej (podłużnie przecięte naczynie krwionośne). Gdzieniegdzie spotyka się wyraźnie w całości szklisto zmienione naczynie z wyraźnem światłem i wyściółką śródbłonkową. W niektórych miejscach podścielisko jest tak zanikłe, że naczynia leżą prawie pod osłonką jajnika, która również w pewnych miejscach jest szklisto zwyrodniała.

Pęcherzyków pierwotnych i wogóle całego aparatu pęcherzykowego jajnika jest bardzo mało. Ani tzw. gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu niema śladu. Nieliczne ciałka białe są prawie zupełnie bez lipoidów na ich granicy; bardzo nieliczne grupki „komórek lipoidowych“ wśród podścieliska. W c a ł y m j a j n i k u u d e r z a p r a w i e z u p e ł n y b r a k l i p o i d ó w; o ile są, to barwią się typowo.

3. H. R. l. 45. Rodziła 9 razy. Ostatnio przed 6 l. Nie roniła. Miesiączka zawsze obfita 8 dni trwająca, od 16 lat po 10 dni i dłużej. Chora od 6 lat, od roku stan znacznie gorszy. Z m i ę k n i e n i e k o ś c i b a r d z o z n a c z n e g o s t o p n i a, t y p o w e. 9. VII. 1918. *Laparotomia.*

J a j n i k i: 2·8×1·5×1 cm. i 2×1·2×1 cm. szaro-białawe, twarde, blizny i pozaciągania obfite. N a p r z e k r o j u: oprócz drobnego pęcherzyka, wypełnionego skrzepem krwi, nic szczególnego. D r o b n o w i d o w o: Wśród stosunkowo skąpego podścieliska obfita ilość naczyń kwionośnych szklisto zwyrodniałych, głównie w zakresie warstwy środkowej. W warstwie korowej grupami ułożone, obfite, okrągłe, owalne i wstęgowate ogniska tkanki szklistej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Ilość pęcherzyków pierwotnych, wogl. dojrzewających, minimalna. Jeden dojrzały w okresie początkowym kurczenia się; w jego otoczce wewn. drobne kulki lipoidów typowo się barwiących. Tak w tym pęcherzyku, jak w bliznach wśród podścieliska, ilość lipoidów mniejsza, niż zwyczajnie w tych tworach. „Komórek lipoidowych“ wśród podścieliska nie spotyka się wcale. Ani śladu gruczołu śródmiąższowego, ani też jego prototypu.

4. Z. Ł. l. 42. Rodziła 5 razy. Ostatnio przed 3 l. Nie roniła. Miesiączka prawidłowa. Chora od 3 lat (ostatni poród!). Z m i ę k n i e n i e k o ś c i m i e r n e g o s t o p n i a. Od 3 mies leczona fosforem. 15. I. 1920. *Laparotomia.*

J a j n i k i: $3^1/_2$×3×1·2 cm. i 3×2×1 cm., szare, gładkie, podpowierzchniowo drobne torbielki i blizny. N a p r z e k r o j u: Torbielki wypełnione jasnym płynem. Jeden pęcherzyk wypełniony skrzepem krwi, z wąziutką żółtą obwódką pofałdowaną. Starsze ciałka, białe blizny. D r o b n o w i d o w o: W warstwie rdzennej ubogiej w wiotką tkankę łączną bardzo obfite naczynia krwionośne, wykazujące różny stopień szklistego zwyrodnienia. Kora wąska i miejscami jakby rozrzedzona, w niej brak opisanych powyżej ognisk szklistych.

Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających brak. Jeden dojrzały w początkowym okresie kurczenia się, bez bujania otoczki wewn. Gruczołu śródmiąższowego niema ani też jego prototypu. Opisany pęcherzyk ze skrzepem krwi — to ciałko ż. w początkowym okresie rozwoju (R. M e y e r a). W nim lipoidy prawidłowe co do ilości (P o l a r y z a c y j n i e d o d a t n i o!). Natomiast w torbielkach i wśród podścieliska lipoidy skąpsze.

5. K. W., l. 38. Miesiączka od 14 roku życia prawidłowa obfita. Rodziła raz przed 4 laty. Od tego czasu chora. Nie roniła. Z m i ę k n i e n i e k o ś c i b a r d z o z n a c z n e g o s t o p n i a. Zmarła 8. II. 1920. S e k c j a: *Tracheo-bronchitis acuta. Scoliosis. Osteomalacia.*

J a j n i k i: 3×$1^1/_2$×1 cm i $3^1/_2$×3×3 cm szaro-białe; blizny, pozaciągania na powierzchni prawego, lewy zaś gładki, gdyż prawie w całości zajęty jest przez torbiel z jasnym płynem. Na przekroju: prawy twardy, stare blizny, ciałka białe, 1 c. ż. starsze 3×4 mm. D r o b n o w i d o w o: Warstwa rdzenna składa się przeważnie z gęstej i obfitej sieci naczyń krwionośnych i porozszerzanych naczyń włosowatych, silnie krwią wypełnionych. W sieci tej naczynia krwionośne o widocznych ścianach wykazują tylko niewielki stopień szklistego zwyrodnienia, natomiast niektóre drobne naczynia przedstawiają się jako pierścienie szkliste. Samo podścielisko w stosunku do obfitości naczyń skąpe. Zaledwie tu i owdzie pęcherzyk pierwotny lub kurczący się o utkaniu typowem. Ciałko żółte w końcowym okresie zmian wstecznych na przejściu ku białemu. Rozmaitej wielkości ciałka białawe. W całym aparacie pęcherzykowym, jak i dokoła ciał białych, lipoidów prawie niema. W ciałku ż. na przejściu ku białawemu są i typowo się barwią. W postaci drobniutkich kuleczek spotyka się je w tym jajniku w niektórych częściach przekroju wśród samego utkania, międzykomórkowo; części te nie mają jednak cech gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu. W drugim jajniku zupełny brak lipoidów.

6. M. J. l. 32. Rodziła 6 razy. Ostatnio przedwcześnie (8. mies.)

przed 3 tyg; w 10 dni po porodzie silny krwotok. Miesiączki prawidłowe, obfite. Chora od ostatniej ciąży. Zmiękanienie kości miernego stopnia. 21. II. 1920. *Laparotomia.*

Jajniki: $4\times2\frac{1}{2}\times1$ cm i $3\frac{1}{2}\times2\frac{1}{2}\times1\frac{1}{2}$ cm. Na przekroju: Oprócz blado-żółtego c. ż. ciąży (3×2 mm), ciał białych i kilku torbielków z jasnym płynem koloidowym nic szczególnego. Drobnowidowo: W warstwie rdzennej miernie liczne naczynia krwionośne wykazują tylko gdzieniegdzie i to ślad zwyrodnienia szklistego w zakresie warstwy zewnętrznej. Natomiast liczne są wśród podścieliska falisto ułożone ogniska tkanki szklistej, pod którą należy się domyślać resztek po ciałach białawych, i twory owalne, okrągłe i pasmowate (pokręcone) szkliste. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Tak w nim, jak i w ciałku żółtem ciąży, jak i dokoła ciał białawych, prawie zupełny brak lipoidów. Gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu nie wykazano.

7. R. S l. 40. Rodziła 12 razy. Miesiączka? Chora od? Zmiękanienie kości znacznego stopnia. *Colpaporrhexis. Trepanatio.* Śmierć w kilka godzin. Sekcja (24. IV. 1920):

Jajniki: $3\times3\times1$ cm i $3\times2\times1\frac{1}{2}$ cm torbielkowato-zwyrodniałe. Na przekroju: ciałko ż. $0\cdot5\times0\cdot3$ cm jasno-słoninowate. Ciałka białe, torbielki z jasnym płynem. Drobnowidowo: Bardzo znaczna ilość naczyń krwionośnych o zaledwie zaznaczonem zwyrodnieniu szklistem. W istocie korowej obfite kłębki („kule") szkliste i wężykowate pasma szkliste. Całe podścielisko poprzerzynane przez liczne drobne torbielki. Pęcherzyki pierwotne nieliczne, również kurczące się. Gruczołu śródmiąższowego nie wykazano. Ciałko żółte połogowe typowo utkane, Ilość lipoidów bardzo skąpa; w pęcherzykach pierwotnych, torbielkach i wśród podścieliska brak ich zupełny; w ciałku żółtem i pęcherzykach kurczących się stosunkowo skąpe.

8. E. K. l. 37. Nie rodziła. Nie roniła. Miesiączki prawidłowe, długotrwające, obfite. Chora od 5 lat. Przez dwa ostatnie lata leczona fosforem. Typowe zmiękanienie kości bardzo znacznego stopnia. (Do pochwy daje się wprowadzić zaledwie jeden palec i to tylko do drugiego stawu — miednica sercowata). 6. VII. 1920. *Laparotomia*

Jajniki: $3\times2\times1\frac{1}{2}$ cm i $3\times1\frac{1}{2}\times1$ cm, biało-szare, gładkie. Prawy w znacznej części zajęty przez jeden torbielek, lewy drobnotorbielkowato zwyrodniały. Na przekroju: W prawym oprócz torbielka, którego ściana jest wysłana białą warstewką miąższu prawie niema. W lewym również mało miąższu z powodu licznych torbielków z jasnym płynem. Jeden podpowierzchniowo leżący pęcherzyk wypełniony skrzepem krwi, dokoła blado-żółtawa obwódka pofałdowana 1 mm gruba. W reszcie miąższu drobne ciałka białawe. Drobnowidowo: W istocie rdzennej liczne naczynia krwionośne, z nich niektóre wykazują szkliste zwyrodnienie w błonie zewnętrznej, rzadziej w średniej W istocie korowej liczne opisane powyżej ogniska kłębkowate i wstęgowate szkliste. W całym jajniku przebija w Giessonie czerwony ton od obfitej tkanki łącznej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty; pęcherzyków pierwotnych lub dojrzewających prawie nie spotyka się. Torbielki o utkaniu typowem. Opisany pęcherzyk ze skrzepem krwi — to ciałko żółte regularności w okresie bujania. Lipoidy skąpsze, niż zwyczajnie. Dokoła ciał białych i wśród podścieliska brak ich zupełny, są zaś wyraźnie skąpsze w ciałku żółtem, tylko mierna ich ilość w otoczce wewnętrznej i przegrodach, nieliczne również w jednem starszem ciałku żółtem na przejściu ku białemu. Gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu nie stwierdzono.

9. Ch. S. l. 39. Rodziła 2 razy przed 16 i 14 laty. Nie roniła. Miesiączki prawidłowe, obfite. Chora od 3 lat, od ½ roku gorzej. Zmiękanienie kości dość znacznego stopnia. 31. XII. 1920. *Laparotomia.*

Jajniki: $2\frac{1}{2}\times1\frac{1}{2}\times1$ cm liczne bruzdy i pofałdowania. Na przekroju twarde, chrząstkowate. Jedno ciałko żółte $1\times\frac{1}{2}$ cm z białą obwódką 1 mm grubą. Jedno starsze c. ż. barwy żółtawej. Drobne ciałka białawe, blizny. Drobnowidowo: We wnęce jajnika niektóre naczynia (średnie i drobne) wykazują początek szklistego zwyrodnienia w zakresie błony zewnętrznej. W istocie korowej dość liczne szkliste ogniska owalne, kłębkowate. W skąpym aparacie pęcherzykowym lipoidów prawie zupełnie niema. Tylko w jednym pęcherzyku dojrzałym w początkowym okresie kurczenia się („przez zarośnięcie") spotyka się nieliczne drobne ziarenka i kulki lipoidów w rozpadającej się błonie ziarnistej i w nieco przerosłej otoczce wewnętrznej. W ciałku żółtem (okres dojrzałości) lipoidów jest tak mało, że na pierwszy rzut oka przedstawia się ona, jak ciałko żółte ciąży, od którego różni się jednak brakiem kul koloidowych i małymi wymiarami komórek luteinowych. (Ciąża wykluczona w wywiadach i wśród laparotomji; wykonano nadpochwowe odcięcie macicy!) W ilości i jakości prawidłowej spotyka się lipoidy w ciałkach żółtych w końcowych ich okresach. Dokoła ciał białych brak ich zupełny. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono.

10. A. Sz. l. 36. Rodziła 4 razy. Pierwszy raz przed 16 laty prawidłowo. Następne 2 razy wymóżdżenie. Obecnie cały czas ciąży przeleżała w łóżku. Zmiękanienie kości możliwie najdalej posunięte. 2/I 1921. Cięcie cesarskie.

Jajniki: $2\frac{1}{2}\times1\frac{1}{2}\times1$ cm i $2\frac{1}{2}\times1\frac{1}{2}\times1\frac{1}{2}$ cm. Na przekroju: wybitnie twarde, włókniste. Poza starem, małem ciałkiem żółtem ciąży o jasnem słoninowatem zabarwieniu, reszta przekroju jednostajna. Drobnowidowo: Naczynia krwionośne wykazują zaledwie ślad szklistego zwyrodnienia tylko w błonie zewnętrznej. Wśród różowego zabarwienia w Giessonie od obfitej tkanki łącznej gdzieniegdzie ogniska homogenne. Kłębki szkliste bardzo skąpe. Aparat pęcherzykowy prawidłowo rozwinięty. W pęcherzykach kurczących się otoczka wewnętrzna prawidłowo bujająca. Lipoidy: W aparacie pęcherzykowym i w ciałku żółtem (poród!), znacznie skąpsze, niż prawidłowo; wśród podścieliska i dokoła ciał białych brak ich zupełny. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono.

11. S. E. l. 45. Rodziła 8 razy. Nie roniła. Miesiączka prawidłowa. Chora od $1\frac{1}{2}$ roku. Zmiękanienie kości miernego stopnia. 12/V *Laparotomia.*

Jajniki: $2\times2\frac{1}{2}\times1$ cm i $4\times4\times4$ cm (torbiel) Przekrój: prawego: chrząstkowaty (oprócz 2 drobnych torbielków z jasnym płynem); lewy jajnik: oprócz torbielka z jasnym płynem miąższu prawie niema. Drobnowidowo: Tylko drobne naczynia krwionośne wykazują szkliste zwyrodnienie w zakresie błony zewnętrznej i średniej; w większych naczyniach tylko w błonie zewnętrznej. Prawie zupełny brak kłębków szklistych w korowej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Lipoidy: tylko w ścianie torbielów i to bardzo skąpe; bardzo skąpe komórki lipoidowe wśród podścieliska. Dokoła ciał białych brak zupełny. Gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu nie stwierdzono.

12. F. B. l. 50. Rodziła 10 razy. Ostatnio przed 10 l. Nie roniła. Miesiączki zawsze obfite długotrwające. Chora od 3 lat. Zmiękczenie kości miernego stopnia. 6/VI 1921. *Laparotomia.*

Jajniki: $2\frac{1}{2}\times2\times1$ cm i $2\frac{1}{2}\times2\times1\frac{1}{2}$ cm. W lewym na jednym biegunie świeża blizna po pękniętym pęcherzyku. Na przekroju: W prawym torbielek z białą wąziutką obwódką, szerszą na jednym biegunie W lewym świeże ciałko żółte ze skrzepem krwi. Pozatem starsze ciałka białe, blizny. Drobnowidowo: We wnęce bardzo obfita sieć naczyń krwionośnych, wykazujących szkliste zwyrodnienie błony zewnętrznej, rzadziej średniej. W korze ognisk szklistych prawie zupełny brak. Aparat pęcherzykowy bardzo słabo zaznaczony. pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających brak. Pojedyńcze kurczące się, z tych niektóre wykazują bujanie otoczki wewnętrznej. Opisany torbielek w prawym jajniku pochodzi z ciałka żółtego; ścianę jego stanowi cienka warstwa komórek luteinowych, na jednym biegunie szersza. Ciałko żółte regularności w lewym jajniku w okresie bujania. Lipoidy: Skąpość ich wyraża się tylko w mniejszej stosunkowo ich ilości w ciałku żółtem i w braku ich dokoła ciał białych. Pozatem są one obecne w bliznach wśród podścieliska i w ścianie torbielka; jakość ich prawidłowa. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono. (Dok. nast.)

Dr. med. A. Puławski, nacz. lek. Szpit. Dz. Jezus. Warszawa.

Uwagi kliniczne nad ziarnicą złośliwą (*lymphogranulomatosis*) z okazji trzech własnych przypadków.

Cierpienie to, wyodrębnione przez Sternberga (1898), jako niezwykła gruźlica układu chłonnego, zwróciło na siebie powszechną uwagę patologów i klinicystów i doczekało się dość pokaźnego piśmiennictwa. W naszem piśmiennictwie posiadamy poważną monografję S. Klejna[1]), opartą na własnym materjale i kilka cennych spostrzeżeń kazuistycznych[2]). Mając możność spostrzegania w tych czasach na moim oddziale szpitalnym trzech dość charakterystycznych przypadków tej choroby, pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie, która pod względem etjologicznym jest jeszcze niewyjaśniona a w praktyce codziennej przysparza lekarzowi niemało kłopotu tak co do rozpoznania, jak leczenia, a zwłaszcza rokowania.

Przypadek 1. 23-letnia M. W., niezamężna wieśniaczka przybyła na oddział 13. VI. 19. Od kilku miesięcy dokucza jej ból w lewym boku, osłabienie, gorączka, niepokoją ją gruczoły na szyji. Poprzednio była zdrowa i pochodzi z rodziny zdrowej. Chora jest blada, licho odżywiona, lekko gorączkuje (37·5°—38°). Na szyji, zwłaszcza z prawej strony, znajdują się gruczoły chłonne znacznie powiększone, leżące oddzielnie i w skupieniu, wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego, nie zrośnięte ze skórą, niebolesne, dość twarde. Także guzy, ale mniejsze i w mniejszej liczbie, znajdują się w pachwinie lewej. W prawym wierzchołku płuc oddech zaostrzony. Wymiary serca nieco powiększone na prawo. U wierzchołka szmer przedskurczowy. Brzuch wzdęty, wyraźne chełbotanie (*ascites*). Śledziona macalna, znacznie powiększona, niebolesna. Obrzęki stóp. Brak miesiączki od roku. Mocz nic szczególnego nie przedstawia. Badanie krwi (kol. Mutermilch): ciałek czerwonych 1,576.000, białych 7200. Hemoglob. (Sahli) 20%, wskaźnik 0,7. Neutrochłonnych 74%, limfocytów 19%, przejściowych 20% myelocytów neutrochłonnych 20%, eozynochłonnych 0. Ciałka czerwone bardzo blade, wybitna anizocytoza, pojedyncza pojkilocytoza. Jądrowych zaników krwi nie znaleziono. Liczba trombocytów normalna. Plazmodji niema. Zastosowano naświet-

---

[1]) Gaz. Lek. 1912. Nr. 13 i nast.

[2]) R. Hertz Med. 1912; tenże i A. Mamrot Med. 1913 tenże i T. Wretowski G. L. 1913. M. Erlichówna. Przegl. Ped. 1914. T. VI. Z. IV.

lanie promieniami Roentgena gruczołów i śledziony, zastrzykiwania *Natrii kakodylic.* do wewnątrz *Pillul Blaudi.* Stan chorej nie poprawiał się. Zjawiały się obrzęki na rękach, gorączka doszła do 39°, jednak spadła po kilku dniach do 37°. Powtórne badanie krwi (26. VI.) wykazało zmniejszenie hemoglobiny (17%), czerwonych ciałek 1,250.000, białych 7.400, w tem neutrochłonnych 66%, limfocytów 26%, przejściowych 7%, eozynochłonnych 1%.

Odczyn Wassermanna i Pirqueta ujemny Stosowania promieni Roentgena zaniechano z powodu ciężkiego stanu chorej. Z tego powodu zaniechałem wycięcia gruczołu dla zbadania mikroskopowego, ale inne wyżej wymienione dane przemawiały za rozpoznaniem ziarnicy złośliwej.

Badanie pośmiertne makro- i mikroskopowe, łaskawie wykonane przez kol. Paszkiewicza, rozpoznanie to potwierdziło. W płucach ani w innych narządach nie znaleziono żadnych danych, któreby przemawiały za gruźlicą. Guzy na szyji miały spoistość twardą, sprężystą, były otoczone tkanką łączną, z której łatwo je było wyłuszczyć, zabarwienie przekroju guzów było jednolite, żółtawo szare, powierzchnia przekroju lśniąca, wilgotna, nieco falista. Guzy otaczały duże pnie naczyniowe ze wszystkich stron, obrastały również i mięśnie szyjne. Żyła podobojczykowa prawa znacznie uciśnięta. Takież guzy, wielkości kurzego jaja, widzimy pod rękojeścią mostka. W okolicy wnęki prawego płuca znajdujemy gruczoł wielkości migdała wewnątrz prawie czarny, na przekroju tło czarne, u jednego bieguna wylepka szara, więcej soczysta. W części czarnej ognisko żółtawoszare, serowate wielkości grochu.

Znaleziono dalej bardzo znacznie powiększone gruczoły zaotrzewnowe, które kształtem, wielkością, spoistością i zabarwieniem przypominają guzy w okolicy szyji i śródpiersia Takie guzy widzimy w obu okolicach pachwinowych. Ogółem wielkość ich dochodzi do wielkości dużej pięści z każdej strony. Tętnica brzuszna i żyła prawa dolna na całej długości otoczona dokoła bardzo powiększonymi gruczołami bez zmian w ścianach. W okolicy żyły wrotnej liczne duże guzy o wyglądzie, jak wyżej.

Śledziona wyraźnie płatowa, waży 447 grm. Długość 20 ctm, szerokość 12, grubość 3·5 ctm. Otoczka cienka, na przekroju powierzchnia marmurkowata, tło ciemno-wiśniowe, a na ścianie różowo-szare wysepki z szaro-żółtawymi guzkami, występującymi nad powierzchnią. Kontury guzków zatarte *hyperplasia lienis*).

Trzustka dość twarda, duża, szaro-żółtawa, zraziki wyraźne. Otaczają ją zewsząd duże (do wielkości jaja) guzy o wyglądzie guzów, opisanych na szyji i w śródpiersiu.

Pomijam inne mniej ważne szczegóły badania pośmiertnego; zaznaczono w protokole sekcyjnym niedokrwistość wszystkich narządów.

Szczegółowe badania histologiczne będą przedmiotem oddzielnej pracy, którą zamierza wydać kol. Paszkiewicz na obfitszym materjale sekcyjnym. Pod względem klinicznym podkreślić wypada w przypadku wyżej opisanym następujące cechy: przebieg z zejściem śmiertelnem w ciągu dość krótkiego czasu (niecały rok), brak danych dziedzicznych i osobistych co do istnienia gruźlicy, gorączka tylko w początkowym okresie (do 39°), w późniejszym stan podgorączkowy. We krwi, oprócz znacznej niedokrwistości, żadnych zmian charakterystycznych nie znaleziono. Obrzęki i przesięki (opuchlina jamy brzusznej, osierdziowej i opłucnej) zależały od niedokrwistości, charłactwa, po części od ucisku guzów na żyły-podobojczykową, pustą, nie od nerek. W sercu zmian na zastawkach nie było, mięsień normalny. Uderzającą była mnogość guzów na całej przestrzeni układu chłonnego nawet tam, gdzie gruczołów chłonnych nie ma, ale gdzie są naczynia chłonne i tkanka łączna, stanowiąca rodzaj układu szpar chłonnych. Toby przemawiało za poglądem S. Klejna (l. c.), że ziarnica złośliwa jest cierpieniem tkanki limfatycznej w szerokiem znaczeniu tego wyrazu, a może nawet tkanki łącznej wogóle.

Przypadek 2. F. J. 15-letnia dziewczyna wiejska przybyła na oddział d. 5. IX. 19 r., pochodzi z rodziny zdrowej. Od 2 lat rosną jej guzy na szyji z lewej strony, od roku zaczęły rosnąć z prawej strony i w innych miejscach — pod pachami, nad i pod obojczykiem. Skarży się na bardzo wielkie osłabienie, chudnie, choć łaknienie ma dobre, stolec prawidłowy. Perjodów jeszcze nie miała. Budowa wątła, mały wzrost (146 ctm), mała waga (31·4 klg.), nędzne owłosienie, brak tkanki tłuszczowej, bladość skóry i błon śluzowych. Z obu stron na szyji przez skórę wypukłają się duże (wielkości dużej męskiej pięści) u dolnych kątów żuchwy guzy, w których okiem odróżniamy szereg pojedyńczych guzków okrągławych, wielkości od dużej fasoli do małego kurzego jaja; guzy wydają się jako pojedyńcze, przy omacywaniu dość miękkie. Pod pachami z obydwu stron takież guzy do wielkości kurzego jaja; w pachwinach wyczuwa się guzy znacznie mniejsze. Prócz tego znajdują się mniejsze guzy nad i pod obojczykiem i w niektórych innych miejscach klatki piersiowej.

Płuca — w prawym wierzchołku lekkie stłumienie, oddech wydłużony. Rzężeń ani kaszlu niema. Serce — u wierzchołka szmer skurozowy. Śledziona dochodzi niżej pępka na 3 palce, twarda, niebolesna. Wątroby nie wyczuwa się. W moczu c.wł. 1008 niema białka ani cukru. Odczyn dwuazowy, ujemny. Badanie krwi (w pracowni szpitalnej kol. Mutermilcha 6. IX.) Hemogl. 30% (Sahli); czerw. ciałek 3,600.000, wskaźnik 0,5; ciałek białych 55.000, w tem obojętnochłonnych 86,5%, myelocytów obojętnochłonnych 0,75%, limfocytów 9,5%, przejściowych 2,25%, eozynochłonnych 0,75%, bazochłonnych 0,25%. Wyraźna anizocytoza, nieznaczna pojkilocytoza, nieliczne polichromatochłonne. Czerwone krążki blade, normoblastów nie znaleziono. Odczyn Wassermanna ujemny.

Stan podgorączkowy (37,2—37,6). Nasuwała się wątpliwość, czy mamy do czynienia z białaczką szpikową (*Leukaemia myelogenes*), czy z ziarnicą złośliwą. Chorą przedstawiłem na posiedzeniu klinicznem w szpitalu D. Jezus. Zdania były podzielone, przeważnie oświadczano się za gruźlicą, odradzano stosowanie leczenia przeciwbiałaczkowego. (Roentgen i benzol), zwłaszcza, że działa ono przeważnie tylko w białaczce typu limfatycznego. Zastosowano chorej werandowanie, kąpiele słoneczne, zastrzykiwania *natr. kakod.*, do wewnątrz żelazo oraz naświetlanie gruczołów promieniami Roentgena. Stan chorej nieco się poprawił, była mniej apatyczna, wyglądała lepiej, ale to trwało niedługo. Następne badania krwi poprawy nie ujawniały. 23. IX. hemoglob. podniosła się do 35%, ale liczba ciałek czerwonych wynosiła 3,200.000, białych 74.000, w tem neutrochłonnych 85·5%, limfocytów 8,75%, przejściowych 2%, eozynochłonnych 0,5%, neutrochłonnych myelocytów 0,25%. 27. IX. hemogl. 32%, czerw. ciałek 3,320.000, białych 50.000, w tem neutrochł. 81,5%, myelocytów neutrochłonnych 0,5% leukocytów obojętnochł. 14%, przejściowych 3,25%, eozynochłonnych 0,5%.

Dla zbadania usunięto 2 guzki z lewej strony około obojczyka. Badanie drobnowidowe (kol. L. Paszkiewicz) wykazało typowy obraz ziarnicy złośliwej. Sok wyciągnięty z guzka zastrzyknięto śwince morskiej (kol. S. Muttermilch). Próba Pirqueta dała wynik ujemny. Stan chorej stopniowo się pogarszał, zjawiły się obrzęki, przesięki, rozwolnienie, bóle brzucha. Chora zmarła 11. XI. 19.

Badanie pośmiertne (kol. L. Paszkiewicz) dało wynik bardzo podobny do poprzedniego, zwłaszcza co do charakteru guzów. Pod mostkiem znajdował się zespolony z rękojeścią mostka pakiet gruczołów wielkości dużej pięści męskiej szaro-biały a w nim wyraźne ognisko żółtawe.

Gruczoły wnęki płucnej powiększone, obok czarnych ogniska żółtawo białe W tylnej części górnego lewego płata ogniska żółtawe, obok szare guzki wielkości grochu. Szczyty płuc wolne.

Gruczoły zaotrzewnowe powiększone do wielkości jaja kurzego, miękkie, szaro-białawe. Wzdłuż mięśnia lędźwiowo-biodrowego znajdowały się gruczoły powiększone Śledziona bardzo duża, wagi 785 gr. Wymiary 20 ctm. × 13 × 4,5, powierzchnia guzowata. Otoczka ciemna. Guzy przeświecające przez otoczkę szaro-różowe, spoistości twardej. Przekrój marmurkowaty, szereg żółtawo-białych poszczególnych zlewających się guzków od łebka szpilki do orzecha, wystających nad powierzchnię, spoistości znaczniejszej, jak miąższu. Wątroba dość duża, powierzchnia gładka, przekrój szaro-brunatny. Rysunek zatarty.

Przypadek powyższy przedstawiał pewne trudności w rozpoznaniu, rozstrzygniętem przez badanie drobnowidowe wyciętego guzka, co niezawsze daje się uskutecznić w praktyce codziennej. Dość niezwykłe wyniki dało w tym przypadku badanie krwi. S. Klejn (l. c.) zaznacza, iż leukocytoza w ziarnicy złośliwej rzadko dochodzi do znacznych rozmiarów. Najwyższe liczby, jakie widział Klejn były 23.600 — 35.000 i to w przypadku, gdzie większość gruczołów uległa rozmiękczeniu, tj. że było powikłanie zapaleniem ropnem. Jako *curiosum* Klejn przytacza przypadek Schura, w którym leukocytoza wynosiła 240.000. W moim przypadku leukocytoza wahała się w granicach 50—55 do 74 tysięcy, z przewagą znaczną neutrochłonnych wielojądrzastych 81.5% — 86·5% — 88·5% z ubóstwem eozynochłonnych — 0·5%. O ile przypadek 1-szy zbliżał się do typu t. zw. brzusznego, o tyle 2-gi był postacią białaczkową (znaczne powiększenie śledziony, wybitna leukocytoza).

Przypadek 3. 40-letnia M. F. zamężna i dzietna wieśniaczka przybyła na oddział d. 20. IV. 20 r. Była naogół zdrowa. Od 4 miesięcy ma guzy na szyji i pod pachami, cierpi na duszność, kaszel, ból brzucha. Przez krótki czas leczyła się w szpitalu w Radzyniu. Tam jej wypuszczono z prawej opłucnej nieco płynu, ale jej to nie pomogło. Na pierwszy rzut oka uderzał wyraz jej oczu, jakby wytrzeszcz, który przy bliższem badaniu okazał się skurczem mięśnia podnoszącego powiekę (objaw Stellwaga) bez innych objawów choroby Basedowa. Odżywienie dobre. Stan gorączkowy (38,2°) po 4 dniach przeszedł zupełnie. Z obu stron szyji w kątach żuchwy powiększone gruczoły chłonne, oddzielne i w pakietach, wielkości od grochu do małego jaja kurzego. Gruczoły nie są zrośnięte ze skórą, dość twarde, niebolesne. Pod lewą

pachą widzimy gruczoł wielkości i postaci cytryny, twardy, ruchomy, niebolesny. W obu pachwinach gruczoły w niewielkich pakietach, poszczególne wielkości fasoli. Badanie klatki piersiowej wykazuje z przodu stłumienie na całej przestrzeni granic płuc i serca. Z tyłu z prawej strony stłumienie zaczyna się od kąta łopatki do dołu, z lewej — odgłos normalny. Na miejscu stłumienia, z tyłu w górnych częściach, oddech wydłużony, w dolnych, osłabiony; świsty i furczenia; w dolnych częściach z tyłu — niewyraźny kozibek (*egophonia*). Tony serca czyste, dość mocne. Tętno 72, miarowe, współczesne na tętnicach sprychowych obu rąk, podczas łykania w dołku szyjnym wyczuwa się niejaki opór. Wątroba i śledziona niemacalne. Brzuch niebolesny. Mocz normalny. Prześwietlanie promieniami Roentgena wykazuje zaćmienie pola płucnego w całości z ostro wyrażoną granicą lewą, mniej intenzywną prawą. Serce zupełnie zasłonięte (kol. Drozdowicz). Rozpoznanie waha się między zapaleniem opłucnej wysiękowem znacznego stopnia, może połączonem z zapaleniem wysiękowem worka sercowego, a guzem śródpiersia przedniego. 21. IV. z prawej opłucnej wypuszczono 750 ctm płynu przeźroczystego, barwy bursztynowej, zawierającego dużo włóknika tak, że ulega natychmiastowemu krzepnięciu. C. wł. 1015, próba Rivalty słabo dodatnia, białka 3%, w osadzie nieco czerwonych krążków, białych ciałek 20—30 w polu widzenia (prawie wyłącznie limfocyty) poszczególne komórki śródbłonkowe. Żadnych drobnoustrojów w posiewach i drobnowidowo nie znaleziono (kol. Mutermilch). Po wypuszczeniu płynu stłumienie z tyłu zmniejszyło się, z przodu z prawej strony od góry otrzymuje się przy opukiwaniu odgłos bębenkowy. Przy osłuchiwaniu w tem miejscu oddech jest normalny, z tyłu świsty i furczenia. Duszność niewiele się zmniejszyła. Myślałem o próbnem przekłuciu worka sercowego. Po naradzie z kol. Skłodowskim zaniechaliśmy tej próby wobec tego, że tony serca były mocne, uderzenie wierzchołkowe wyraźne. 28. IV. wypuszczono powtórnie z prawej opłucnej 1450 ctm płynu, który posiadał ten sam charakter co poprzednio, tylko nie krzepł tak prędko. Próba Rivalty słabo dodatnia, białka 2 83%, osad i posiew — jak wyżej. Duszność zmniejszyła się znacznie — zjawiska wypukowe i osłuchiwanie są bez zmiany. Guzy na szyji nie zmniejszają się, zjawiają się nowe w różnych miejscach klatki piersiowej. Rozpoznanie przechyla się stanowczo w stronę guza śródpiersia, co potwierdza wezwany na naradę kol. Sławiński. Badanie krwi wykazuje hemogl. 75% (Sahli), czerwonych krwinek 4,128 000, białych 10.400, w tem neutrochłonnych 90%, limfocytów 7%, przejściowych 1%, eozynochłonnych 2%. Odczyn Wassermanna był ujemny, tak samo ujemny odczyn Pirqueta. Zachowanie się limfocytów przemawia przeciw temu, aby guz był zależny od powiększenia grasicy, gdyż w takich razach mamy wybitną limfocytozę (*status thymico-lymphaticus*). Najbliższem prawdy w danym przypadku wydało mi się przypuszczenie, iż guz śródpiersia zależał od znacznego powiększenia gruczołów chłonnych o charakterze ziarnicy złośliwej. Takiego charakteru były niewątpliwie guzy na szyji, pod pachą i zjawiające się w naszych oczach nowe guziki na klatce piersiowej. Niestety, chora nie godziła się na wycięcie jednego z tych guzów, coby rozstrzygnęło ostatecznie rozpoznanie. Ziarnicę złośliwą tego typu, co opisauy wyżej, S. Klejn (l. c.) zanotował w swojej statystyce 5 razy. Leczenie musiałem ograniczyć tylko do zastrzykiwań *natrii kakod.*, gdyż przeniesienie chorej do pracowni Roentgena dla prześwietlań zanadto ją męczyło. Chora, poczuwszy pewną ulgę, wypisała się ze szpitala 16. VI. Ostatnie badanie Roentgenem (14 V.) wykazuje, iż zaciemnienie prawego pola płucnego jest znacznie słabsze, że dolny odcinek serca jest już widoczny. Silny i ograniczony zarys guza trwa dalej.

Powyższe trzy przypadki przedstawiają nam wielopostaciowość kliniczną ziarnicy złośliwej, pewne trudności rozpoznawcze, fatalne rokowanie i bezsilność leczenia. Co do etjologji dostarczyły one tylko dowodów ujemnych w kierunku kiły (ujemny odczyn Wassermanna), jak również gruźlicy, którą stale podejrzywamy, iż ma główne znaczenie w powstawaniu tej choroby. W moich trzech przypadkach odczyn Pirqueta wypadł ujemnie, a w 2 sekcyjnych makroskopowo nie znaleziono żadnych śladów gruźlicy, a badanie mikroskopowe wykonane przez kol. L. Paszkiewicza wyniki te potwierdziły — nie znaleziono ani laseczek Kocha, ani ziarn Mucha. Szczepienie świnki morskiej sokiem wyciśniętym z wyciętego gruczołu dało kol. Mutermilchowi wynik ujemny.

Szczepień tuberkuliną bydlęcą nie robiłem, gdyż nieznaną mi była podczas moich spostrzeżeń praca Steigera (Zeits. f. klin. Med. 1914 przyt. przez Erlichównę), który wykonywał tę próbę i otrzymywał bardzo silny odczyn, co skłoniło go do przypuszczenia, że ziarnica złośliwa u ludzi jest wynikiem zakażenia gruźlicą bydlęcą (*typus bov nus*).

W końcu pozwolę sobie przytoczyć przykład, jak ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem ziarnicy złośliwej ma zbadanie histologiczne wyciętego za życia gruczołu. Przypadek ten przedstawiłem na jednem z posiedzeń klinicznych szpit. D. Jezus.

Chora 60-letnia przybyła na mój oddział 24. XII. 21 z guzem w jamie brzusznej nad pępkiem Guz był wielkości jaja kurzego, gładki, ruchomy, niebolesny Chora nie miewała żadnych przypadłości żołądkowych (wymiotów, bólów), a główną jej skargą było ogólne osłabienie i bóle w gruczołach szyjnych, pachowych i innych. Powiększenie tych gruczołów wystąpiło przed dwoma miesiącami, w miesiąc po zjawieniu się guza brzusznego. Z obu stron szyji w okolicy kąta żuchwy znajdują się pakiety znacznie powiększonych gruczołów chłonnych, dość twardych, nie zlewających się ze sobą, takiż pakiet nieco mniejszy znajduje się pod prawym obojczykiem, duży pakiet pod pachami, mniejszy w pachwinach. Śledziona i wątroba niemacalne. Stan podgorączkowy, odżywienie liche, skóra blada, charłacza. W prawym szczycie płucnym oddech wydłużony drobne rzężenia. Żołądek naczczo pusty, w godzinę po śniadaniu próbnem ogólna kwasota 12, wyraźne ślady wolnego HCl, brak kwasu mlecznego. Mocz normalny. We krwi nieznaczna leukocytoza (10.000 ciałek białych), przeważnie neutrochłonnych, brak eozynochłonnych. Odczyn Wasserm. ujemny. Narządy płciowe normalne. Wiek, charłactwo, guz, przemawiały za nowotworem złośliwym z generalizacją w gruczołach chłonnych, ale tak znaczne powiększenie prawie wszystkich gruczołów chłonnych, ich charakter, stan podgorączkowy, brak wyraźnych objawów ze strony żołądka budziły podejrzenie ziarnicy złośliwej, które to przypuszczenie podzielali niektórzy obecni na posiedzeniu koledzy. Badanie histologiczne jednego z powierzchownie leżących gruczołów na szyji, wykonane przez kol. L. Paszkiewicza w pracowni prof Hornowskiego, wykazało: budowa prawie zupełnie zatarta, w polu widzenia ogniska z dużych komórek typu nabłonkowego Pierwoszcze bardzo wyraźne, jądra pęcherzykowate, bogate w chromocyty z wyraźnemi jąderkami. Pierwoszcze komórkowe wykazuje miejscami zwyrodnienie śluzowe. Rozpoznanie — rak, prawdopodobnie przerzuty raka żołądka. Chora, pomimo stanu dość ciężkiego, wypisała się ze szpitala 23. XII. 1921.

Rokowanie wobec takiego rozpoznania stało się już zupełnie beznadziejnem, choć, jak wiemy, nie jest ono o wiele lepszem i w ziarnicy złośliwej, która, tylko może w tempie mniej szybkiem, prowadzi również do fatalnego zejścia. W niektórych przypadkach (jak w moim 3-cim) niemożność zastosowania tej rozstrzygającej metody rozpoznawczej wprawia w kłopot klinicystę i daje pole do różnych przypuszczeń.

Doc. Dr. Franciszek Walter. Kraków

W sprawie przynależności angiolupoidu (Brocq-Pautrier) do gruźlicy skóry, a w szczególności do miliarlupoidu Boecka.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz: Doc. Dr. Fr. Walter).

W roku 1913 opisali Brocq i Pautrier[1]) nieznaną postać gruźlicy skóry, której nadali nazwę »*l'angiolupoide*«. Mieli oni sposobność spostrzegać i opisać sześć przypadków, z bardzo charakterystycznemi objawami klinicznemi, tak co do wieku chorych, jak i siedziby, zabarwienia, wejrzenia i zachowania się powierzchownych naczyń krwionośnych. Niektórzy autorowie, jak Boeck, Jadassohn, Zieler, nie uznali cierpienia tego za osobną postać chorobową, uważając je za odmianę »miliarlupoidu«, opisanego przez Boecka.

W marcu 1921 r. miałem sposobność spostrzegać typowy przypadek, z charakterystycznemi klinicznemi i anatomopatologicznemi cechami, jakie podali w swej pracy Brocq i Pautrier.

J. P., l. 38, służąca, zgłosiła się do ambulatorjum oddziału chorób skórnych Szpitala św. Łazarza dnia 28. III. 1921 r., ze zmianą chorobową na grzbiecie nosa, trwającą od 1½ roku. Zmiana ta rozpoczęła się nieznacznem zaczerwienieniem na skórze grzbietu nosa, powiększając się stopniowo aż do obecnych rozmiarów. Dolegliwości nie odczuwała chora żadnych, a pragnęła usunąć narośl tylko ze względów kosmetycznych. W wywiadach podała, że przed 6 laty, przez przeciąg zimowych miesięcy silnie kaszlała, plwocina była bardzo obfita z domieszką krwi; chora czuła się przytem silnie osłabioną, i miewała częste dreszcze, szczególniej w porze popołudniowej. Ostatnia menstruacja przed 2 tygodniami.

Badanie w d. 28. III. 21 r.: Chora jest miernie odżywiona, wątłej budowy, skóra blada, wiotka. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne powiększone. Granice płuc obniżone, odgłos opukowy w szczytach słumiony, szmery oddechowe zaostrzone. Wymiary serca prawidłowe. W narządach jamy brzusznej zmian nie

---

[1]) Annal. de Dermat. 1913. I.

można wykazać. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Mocz bez białka i cukru. Układ nerwowy bez zmian.

Na skórze grzbietu nosa, w górnej połowie i na bocznych częściach, wykwit ściśle odgraniczony, występujący ponad powierzchnię skóry, kształtu owalnego, o poprzecznej średnicy 1·4 cm, a podłużnej 2 cm. Powierzchnia gładka, na obwodzie nieznaczne wyniosłości, w postaci płaskich guzków. Naskórek wybitnie gładki, cienki, napięty, w środku prześwieca sieć porozszerzanych naczyń krwionośnych, tworzących obfity splot. Nigdzie nie można zauważyć ani blizny, ani łuszczenia się naskórka. Zabarwienie zmiany żółtawo czerwonawe, w środku z odcieniem wybitnie żółtym. Przy badaniu uciskowem szkiełkiem przedmiotowem, występuje wybitnie żółty odcień w głębszych warstwach, guzków typowych dla tocznia nie ma nigdzie. Przy badaniu dotykiem, odnosi się wrażenie zawartości miękiej, a przy ucisku palcami wrażenie rozgniatania nacieku.

Odczyn Wassermanna jakoteż Sachsa i Georgi'ego ujemne. Wstrzyknięcie podskórne 0·0005 g starej tuberkuliny Kocha, nie wywołuje odczynu ani ogólnego, ani ogniskowego, ani w miejscu wkłucia, również powtórzenie wstrzyknięcia w dawce 0·0015 gr pozostało bez odczynu. Odczyn skórny Pirqueta rozcieńczoną tuberkuliną (1:10) bardzo słabo dodatni, nieco silniej dodatni przy rozcieńczeniu 1:1. Odczyn śródskórny (Mantoux 1:5000) słabo dodatni.

2. IV. wycięto w znieczuleniu miejscowem ognisko chorobowe (Dr. Glatzel) a powstały ubytek skórny pokryto płatami naskórka, wziętemi z przedramienia. Przebieg zabliźniania się rany pooperacyjnej zupełnie prawidłowy, po upływie dwóch tygodni naskórek wypełnił w zupełności ubytek, a po miesiącu zgłosiła się chora z doskonałym wynikiem kosmetycznym.

Część wyciętej zmiany chorobowej z części przybrzeżnej zaszczepiono 2 świnkom morskim. Świnkę morską białą, wagi 340 gr. zaszczepiono miazgą podskórnie w okolicy gruczołów pachwinowych, świnkę szarą wagi 350 gr. śródotrzewnowo, ta jednak po trzech dniach padła. Świnka biała przez przeciąg kilku miesięcy zupełnie zdrowa. Sekcja w dniu 5. 11. 921. nie wykazała żadnych podejrzanych zmian.

Pozostałą część wyciętej zmiany chorobowej utrwalono w wyskoku w celach badania histologicznego i zatopiono w celoidynie. Wycięto osobne kawałki ze środka i obwodowych części zmiany. Skrawki barwiono różnemi sposobami

W obrazie drobnowidowym naskórek przedstawia się jako warstwa zanikła, miejscami, zwłaszcza w pobliżu ujść torebek włosowych, w nieznacznej ilości zachowanych, nieco szersza, składająca się z 4—5-ciu warstw komórek; przeważnie jednak warstwa naskórka składa się z 2 pokładów komórek. Warstwa brodawkowa skóry zupełnie wygładzona. odgranicza się prostą linją od naskórka; sople naskórka zanikłe i wygładzone.

Warstwa komórek podstawowych zawiera znaczniejszą ilość barwika. Warstwa komórek kolczastych, złożona z komórek zcieńczałych, wydłużonych, kształtu owalnego, spłaszczonych: pomiędzy komórkami znajdują się tu i ówdzie pojedyńcze komórki okrągłe. Warstwy ziarnistej brak, gdzieniegdzie zachowana tylko w postaci kilku komórek. Warstwa zrogowaciała bardzo cienka, gdzieniegdzie rozmieszczone są w niej jądra komórek, niezupełnie zrogowaciałych.

Warstwę skóry brodawkową, zupełnie wygładzoną, zajmuje naciek, prawie w całej jej rozciągłości, sięgający w warstwę podbrodawkową aż do tkanki podskórnej. Podchodząc pod warstwy naskórka tworzy naciek jednolite zbite pokłady; ku środkowi i w dolnych swych częściach gromadzi się naciek, w licznych ogniskach, w postaci grup okrągłych lub owalnych. Wokoło porozszerzanych naczyń krwionośnych, zwłaszcza w górnych warstwach, grupuje się naciek gęściej, otaczając niekiedy ściany naczyń, jakgdyby płaszczem.

W warstwach środkowych skóry, naciek gromadzi się w pojedyńczych ogniskach, odgraniczonych od siebie pasmami tkanki łącznej; ugrupowanie to występuje wybitnie jeszcze w głębszych warstwach skóry właściwej, dochodząc do tkanki podskórnej a nawet w głąb tkanki tłuszczowej. Grupy nacieku tworzą pojedyńcze ogniska, różnej wielkości i kształtu, okrągłe lub podłużne i owalne, porozdzielane włóknami tkanki klejorodnej. Większe ogniska, podzielone są jeszcze w środku wąskiemi pasmami tkanki klejorodnej, na kilka drobnych ognisk. Ku częściom obwodowym, w pobliżu naskórka, ugrupowanie nacieku ulega zmianie na jednolitą warstwę nacieku, w której tu i ówdzie znaleść można resztki przegród tkanki klejorodnej.

Skład nacieku jest dość różnorodny. Stanowią go w znacznej ilości komórki okrągłe, nabłonkowate, komórki tkanki łącznej i komórki olbrzymie. Komórki okrągłe w górnych warstwach nacieku, tworzą obfite pokłady, gromadzące się zwłaszcza dookoła naczyń krwionośnych, tworząc pasma o jednolitem utkaniu; gromadzą się one również w warstwach środkowych nacieku dookoła grup komórek nabłonkowatych. Szczególniej wybitnie jednolitą warstwę tworzą pod naskórkiem, jakby płaszczem nakrywając niżej położone warstwy skóry właściwej. Poniżej tej warstwy spotyka się już ugrupowanie nacieku ogniskowe, złożone przeważnie z komórek nabłonkowatych, w górnych jeszcze warstwach utrzymują się ogniska złożone z samych komórek okrągłych, jednak dość rzadkie. Komórki nabłonkowate, z dużem, owalnem, pęcherzykowatem, nieregularnem jądrem, z szerokim, jasnym pasem protoplazmy, gromadzą się obficie w środkowych i dolnych warstwach nacieku, tworząc ogniska, o kształtach przeważnie okrągłych. W warstwach środkowych, zbliżonych ku dolnej warstwie nacieku drobnokomórkowego, komórki nabłonkowate znajdują się z komórkami okrągłemi i olbrzymiemi; w dolnych natomiast warstwach spotykamy już nagromadzenia komórek nabłonkowatych, bez domieszki innych komórek. Komórki tkanki łącznej, przerosłe znajdują się w znacznej ilości, gromadząc się na obwodzie poszczególnych ognisk, również i w warstwach tkanki, odgraniczających poszczególne ogniska. Komórki olbrzymie, typu Langhansa, z dużą ilością jąder, ułożonych wieńcem na obwodzie komórki, z protoplazmą uległą martwicy, rozmieszczone są przedewszystkiem w środkowych warstwach nacieku, bez względu na jego postać i ugrupowanie; miejscami tworzą nawet osobne zbiorowiska, złożone z kilku do kilkunastu komórek olbrzymich na obwodzie otoczone wałem komórek nabłonkowatych i okrągłych. W górnych warstwach nacieku rozrzucone są w niewielkiej ilości przeważnie pojedyńczo. Komórki tuczne znajdują się w niewielkiej ilości, komórek plazmatycznych niema.

Włókna tkanki klejorodnej, tuż pod naskórkiem w warstwach górnych nacieku prawie zupełnie zanikłe; zachowane są gdzieniegdzie tylko pojedyńcze włókienka, otaczające części nacieków i dzielące je na pojedyńcze odcinki. W dolnych warstwach zachowane są już w większej ilości, brak ich tylko w większych i bardziej zbitych częściach nacieku. Gniazda komórek naciekowych otoczone są pasmami zachowanych włókien tkanki klejorodnej; miejscami tworzą zbite pasma wskutek ucisku przez dwa sąsiadujące gniazda komórek naciekowych. W niektórych ogniskach włókna tkanki klejorodnej zachowane są jako pojedyńcze pasemka nitkowate, dzielące gniazda te na części.

Włókna sprężyste, w obrębie nacieku prawie w zupełności zniszczone, gdzieniegdzie tuż pod naskórkiem zachowane są jako pojedyńcze wiązki w dolnych i środkowych warstwach, gdzie naciek przedstawia się w postaci poszczególnych gniazd, utrzymane są częściowo, otaczając grupy naciekowe lub dzieląc gniazda na części.

Naczynia krwionośne są zwłaszcza w górnych warstwach, tuż pod naskórkiem bardzo znacznie porozszerzane; śródbłonek nieco wybujały; dookoła otoczone są zbitym płaszczem nacieku. Również podobnie porozszerzane są i naczynia chłonne.

Gruczoły potne zachowane, otoczone gęstym naciekiem. Gruczoły łojowe zanikłe

Poszukiwania prątków kwasoodpornych jak również i ziarenek Mucha, tak w preparatach ze skrawków barwionych, jak również w wyciągu antyforminowym z tkanek dały wynik zupełnie ujemny.

W opisanym przypadku u kobiety 38-letniej stwierdziliśmy bardzo charakterystyczną zmianę chorobową na skórze grzbietu nosa, występującą nieco nad poziom skóry, o środku wklęsłym, o powierzchni gładkiej, zabarwieniu czerwonawo-żółtawem, z obfitą siecią porozszerzanych powierzchownych naczyń krwionośnych. Badanie histologiczne wyciętej zmiany wykazuje istnienie nacieku, w górnych warstwach jednolitego, złożonego przeważnie z komórek okrągłych z domieszką komórek nabłonkowatych, olbrzymich i przerosłych komórek tkanki łącznej, natomiast w warstwach środkowych i dolnych wykazuje w obrazach drobnowidowych utkanie miliarlupoidu Boecka. Naciek grupuje się w gniazda, złożone przeważnie z komórek nabłonkowatych, pooddzielane od siebie resztkami zachowanych włókien tkanki klejorodnej i sprężystej. Naczynia krwionośne znacznie porozszerzane; prątków kwasoodpornych niema, odczyny biologiczne ze starą tuberkuliną Kocha ujemne.

Przytoczone powyżej charakterystyczne cechy chorobowe, zgadzają się z opisami Brocqa i Pautriera, pozwalając na rozpoznanie opisanego przez nich cierpienia »angiolupoidu«. »Swoiste to cierpienie powinno zająć miejsce w grupie gruźlicy skóry, i to obok tocznia i Sarcoidu Boecka; budowa obu tych schorzeń jest w istocie prawie jednakowa. Wyniki ujemne szczepień i brak prątków Kocha, wskazują, że sprawa ta należy raczej do grupy atypowej gruźlicy skóry t. j. do grupy schorzeń skórnych, mających czysto gruźliczą budowę, nie zawierających jednak prątków gruźliczych i nigdy lub bardzo rzadko wywołujących gruźlicę u zwierząt.«[1])

Część szkoły niemieckiej sprzeciwia się pojmowaniu powyżej opisanego cierpienia przez francuskich autorów, jako osobnej postaci chorobowej. Zasadniczo sprzeciwia się Zieler, uważając zmiany tak kliniczne jak i histologiczne za formę miliarlupoidu, opisanego przez Boecka. Również sam Boeck uważał cierpienie to za identyczne z formą przez siebie opisaną. Podobnego zdania jest i Jadassohn, sądząc że histo-

[1]) Brocq i Pautrier. Annal. de dermat. 1913. 1.

logicznie angiolupoid pozostaje w blizkości miliarlupoidu Boecka i »*Lupus pernio*«.

Przeciwnie dla Lewandowskiego, mimo znacznego podobieństwa ze zwykłym toczniem, jak również z formą guzkową miliarlupoidu, istnienie angiolupoidu, jako swoistej osobnej postaci chorobowej, nie ulega wątpliwości. »Po bardzo dokładnym opisie autorów i z wrażenia, jakie odniosłem z przypadku, który przed kilku laty miałem sposobność oglądać u Brocqa, nie wydaje mi się możliwem utożsamianie angiolupoidu z jakimkolwiek innym lupoidem, tak że musi się przyznać mu odpowiednie miejsce«.[2])

Opisana kilkakrotnie przez Boecka postać chorobowa skóry pod nazwą wielokrotnego, dobrotliwego sarcoidu, później miliarlupoidu, ma pewne cechy wybitnie charakterystyczne, tak w klinicznem wejrzeniu i przebiegu, jak i w obrazie drobnowidowym. Stanowiąc rzadkość kliniczną, nie często spotykaną i opisywaną, ma bardzo wiele stron nie wyjaśnionych, mimo, że w ostatnich czasach badania, zwłaszcza nad pochodzeniem tego cierpienia poczyniły znaczne postępy. Boeck, który w początkowych opisach nie przyjmował tła gruźliczego, uważa je później za formę osłabionej gruźlicy. Darier zalicza miliarlupoid do tuberkulidów, Pautrier uważał go jako objaw stanów chorobowych różnorodnego pochodzenia; Lutz przyjmuje tło gruźlicze z całą pewnością (dodatni odczyn tuberkulinowy), a i Altmann w ostatnich czasach sądzi, że jest to niezwykła forma gruźlicy skóry, wywołana osłabionemi prętkami Kocha, i niezwykłemi zdolnościami odczynowemi ustroju, w znaczeniu swoistej anergji Jadassohna. Lewandowski sądzi, że znaczną część przypadków, opisanych jako sarkoidy, należy z największem prawdopodobieństwem zaliczyć do gruźlicy. Przyczyną powstawania tych postaci chorobowych jest przedewszystkiem szczególna zdolność odczynowa ustroju w stosunku do jadu gruźliczego. Podobnego zdania jest również w ostatnim czasie i Sachs.

Natomiast inni autorowie nie przyjmują tła gruźliczego, uważając miliarlupoid za przewlekłego ziarniniaka o nieznanem pochodzeniu. Podobne stanowisko zajmuje i Kreibich, a ostatnio Bittdorf i Kuznitzki, którzy uchylają możliwość tła gruźliczego, a to z powodu ujemnych odczynów tuberkulinowych, niemożności wykazywania prątków gruźliczych jak i z powodu ogólnego zachowania się ustroju.

Z opisanych przez Boecka trzech postaci, typowych dla miliarlupoidu, formy o drobnych guzkach (*papulosum*) o guzkach dużych, ogniskowo rozmieszczonych (*tuberosum*), i ostatniej, charakteryzującej się rozlanemi naciekami, postać druga, o guzkach dużych, najwięcej ma podobieństwa do angiolupoidu. Postać ta przedstawia mniej lub więcej wyniosłe guzy różnej wielkości, o powierzchni płaskiej, o brzegach owalnych, okrągłych lub nieregularnych. Zabarwienie naskórka, który w początkowych swych okresach nie ulega żadnym zmianom, bywa żywo-czerwone, zmieniające się czasami na sine lub brunatnawe. W późniejszym przebiegu daje się zauważyć zmiana w zabarwieniu środka, w stosunku do części obwodowych. Środek przybierać może barwę sinawą, przeświecając licznemi porozszerzanemi naczyniami krwionośnemi, natomiast obwód przybiera barwę żółtawo-brunatną. Równocześnie środek może się nieco zagłębiać, w przeciwieństwie do obwodu, występującego wałowato. Przy ucisku szkiełkiem dadzą się zauważyć ogniska w kształcie plamek, o żółtem lub żółtawo-brunatnem zabarwieniu, mniej przeświecające, niż guzki tocznia. W dalszym przebiegu miliarlupoidu nie dochodzi nigdy do rozmiękania lub owrzodzenia, a po ustąpieniu nacieku, powstaje zanik skóry, silnie barwikowy, z licznemi porozszerzanemi naczyniami krwionośnemi.

Miliarlupoid może mieć siedzibę na każdej części skóry, tak na grzbiecie, klatce piersiowej, jak i kończynach, najczęściej jednak sadowi się na twarzy i na kończynach górnych. Zajmować może i błony śluzowe szczególniej nosa (Boeck) i to w początkowej swej postaci, długotrwałych nieżytów błon śluzowych, może nawet poprzedzać wystąpienie zmian na skórze (Nobl). Może jednak zajmować i inne narządy ustroju, jak np. gruczoły chłonne, zwłaszcza łokciowe, udowe i pachwinowe, a obraz histologiczny tak zmienionych gruczołów zgadza się z obrazem zmian skórnych. Opisano zmiany oczne, zapalenie tęczówki gruźlicze (*Irido-cyclitis tbc*) (Unna, Bering, Broers, Ehrmann, Habermann, Hussen-Plancherel), również i w dawniejszych opisach spotyka się opisywane zmiany w płucach, jako swoiste, pod postacią długotrwałych nieżytów oskrzeli i płuc.

Wiele dokładnych szczegółów o zajęciu narządów wewnętrznych przynoszą dopiero spostrzeżenia Bittdorfa i Kuznitzkiego, z czego można wnosić, że zajęcie narządów wewnętrznych spotyka się przy miliarlupoidzie częściej tak, że należy raczej mówić o ogólnem schorzeniu ustroju, ze szczególnem usadowieniem na skórze. Podobne zmiany w narządach wewnętrznych spostrzegali w czasach ostatnich Schaumann, Lutz i Altmann; zajętą bywa śledziona, wątroba, nerki (obecność białka w moczu i wałeczków szklistych i ziarnistych w osadzie), najądrze (Hussen). Spotykano również zmiany w kościach i we krwi.

Z opisów tych wnosić by należało, że miliarlupoid nie stanowi postaci chorobowej czysto skórnej, a nawet, jak to Weinberger przypuszcza, cierpienie to, zdarzać się może i bez zajęcia skóry. W przypadku jego, powiększone gruczoły chłonne, wykazywały taką samą budowę histologiczną, jak typowe przypadki skórne.

Postać skórna miliarlupoidu Boecka rozpoczynać się może długotrwającem zaczerwienieniem i swędzeniem, zwłaszcza w postaci guzkowej. Po wytworzeniu się zmiany dalszy przebieg cechuje się przewlekłością; powstają niejako zatrzymania się w rozrastaniu się, poczem zmiany to samorodnie ustępują, to znów następują nawroty, tak że choroba, nie sprawiając żadnych dolegliwości trwać może lata całe.

Powstawanie obrazów chorobowych w pierwszych okresach miliarlupoidu spostrzegał w ostatnich czasach Kyrle, a opisy jego tłómaczą nam bardzo wiele niejasnych stron tak co do postaci klinicznych, jak i histologicznego i bakterjologicznego badania początkowych wykwitów. Powstawanie wykwitów miliarlupoidu poprzedzało wystąpienie rumienia ograniczonego, przy podniesionej ciepłocie. W przeciągu kilku dni rumienie te, o charakterze czysto zapalnym, przeistaczały się w nacieki, dające się wyraźnie wyczuwać i wznoszące się ponad powierzchnię skóry. Równocześnie z wytworzeniem się nacieków, spadała ciepłota, a zabarwienie wykwitów, z czerwonego stawało się żółtawo brunatnem. W tym okresie można było, przy ucisku szkiełkiem, wykazać żółtawe plamki w naciekach. Powierzchnia naskórka ulegała nieznacznemu łuszczeniu się. Charakterystyczne było wytwarzanie się nowych wykwitów, w miejscach, poprzednio już zajętych sprawą chorobową, albo w najbliższem otoczeniu, tak, że wykwity przybierały postać wyniosłości, w środku zanikłych, o blado-żółtawem zabarwieniu, a na obwodzie otoczonych wałem, utworzonym z nacieku, tworzącym się w rumieniu: sprawiało to wrażenie nawrotów miejscowych. Szybkie jednak wytwarzanie się dalszych zmian, i to w miejscach, nie zajętych poprzednio, przemawiały raczej za rozszerzaniem się czynnika chorobotwórczego drogą krwi. Z dalszych opisów Kyrlego, poznać można dalszy już zwykły przebieg miliarlupoidu, a co najważniejsze, samoistne ustępowanie sprawy chorobowej. Boeck i szereg innych autorów przypisywali to działaniu podanego w celach leczniczych arsenu.

Porównując opisaną przez Boecka postać miliarlupoidu z angiolupoidem, to, mimo wspólnych podobnych cech, znajdziemy również charakterystyczne dla angiolupoidu różnice. I tak angiolupoid występuje przeważnie w postaci odosobnionych wykwitów, zwykle pojedyńczych, o postaci okrągłej lub owalnej, średnicy do 2 cm, ściśle odgraniczonych od otoczenia, lekko wyniosłych nad powierzchnię skóry, o powierzchni gładkiej, na obwodzie czasami lekko guzkowatej, o zabarwieniu niebieskawo-czerwonem, z przeważającym jednak odcieniem żółtym. Przy ucisku szkłem, po usunięciu krwi z naczyń, odcień żółtawy występuje wybitnie, różny od barwy nacieku przy toczniu, bez charakterystycznych guzków toczniowych. Powierzchnia pokryta naskórkiem znacznie ścieńczałym, gładkim, nigdy nie łuszczącym się, bez śladów zaniku lub blizny, z bardzo typowem rozszerzeniem powierzchnio-

[2]) Lewandowski. Die Tuberkulose der Haut str. 206.

wych naczyń krwionośnych, występującem na pierwszy plan, już w pierwszych początkach choroby.

Powstawanie angiolupoidu jest bardzo powolne, bez najmniejszych objawów chorobowych. Okresów wczesnych rumieni opisanych i spostrzeganych przez Kyrlego, Lewandowskiego, nie dało się dotychczas nigdy stwierdzić. Rozwój dalszy angiolupoidu jest powolny, bez najmniejszych skłonności do samorodnego ustępowania.

Porównując postać guzkową, ogniskową miliarlupoidu, najbardziej zbliżoną do angiolupoidu, znajdziemy pewne równorzędne cechy, jak np. zabarwienie, gładką powierzchnię w środku pokrytą rozszerzonemi naczyniami; obwód jednak inaczej będzie się przedstawiał. W miliarlupoidzie pokryty jest często łuszczącym się naskórkiem, czego w typowej postaci angiolupoidu nie spotykamy. W miliarlupoidzie przy ucisku szkiełkiem, znajdziemy pojedyńcze żółtawo-brunatne plamki, w angiolupoidzie będziemy mieli jednostajnie, żółtawe zabarwienie. Podobny obraz jednostajnych nacieków spotyka się czasami przy „*lupus pernio*“. Miliarlupoid, przechodząc swój typowy przebieg, cofa się samorodnie, pozostawiając zmiany barwikowe i gładką, zupełnie powierzchowną bliznę, angiolupoid sam nigdy nie ustępuje, nie doprowadza do zmian bliznowatych i barwikowych. Wykwity miliarlupoidu sadowią się przedewszystkiem na twarzy, nie zawsze symetrycznie, dalej na górnych kończynach, barkach, mogą być również rozrzucone w każdem miejscu skóry, a nawet rozsiane po całem ciele, zajmować mogą i błony śluzowe, jak również i inne narządy ustroju. Angiolupoid spostrzegano tylko na twarzy i to przeważnie z bardzo charakterystycznem usadowieniem na skórze nosa. Przypadków, zajmujących inne części skóry, a tembardziej błony śluzowe lub narządy wewnętrzne, nigdy nie spostrzegano.

Mnogość ognisk chorobowych występuje na pierwszy plan w przypadkach miliarlupoidu i jest dla niego tak charakterystyczną jak prawidłowy jego rozwój chorobowy, który cechuje tylko nieznaczną liczbę innych postaci chorobowych skórnych. Angiolupoid przeważnie występuje w postaci jednego ogniska chorobowego — rzadziej w kilku ogniskach i to pozostających ze sobą w bliskiem sąsiedztwie.

Charakterystycznym dla miliarlupoidu, według Boecka, jest obraz histologiczny, i to w takim stopniu, że, według słów autora, jeden rzut oka do drobnowidu wystarczy, aby rozpoznać typowy obraz. Nie da się to jednak powiedzieć o dalszych badaniach innych autorów, których opisy niejednokrotnie odbiegały od typowego obrazu Boecka. Dziś, dzięki badaniom Kyrlego, przypuszczać możemy, że różnorodność obrazu histologicznego zależy od czasu, w którym zmianę wycinano do badania, tj. od postaci rozwojowej miliarlupoidu.

Opisy histologiczne Boecka stwierdzają ogniska naciekowe w skórze właściwej, ściśle odgraniczone (*boudins lobulés* Dariera) złożone z komórek nabłonkowatych, z jądrem słabo się barwiącem, i słabo eozynochłonną protoplazmą, i to głównie w otoczeniu naczyń krwionośnych; zmian wśródbłonku naczyń Boeck nie zauważył, prócz zmian w barwliwości jąder. Tkanka łączna otaczała dookoła w zbitych pasemkach poszczególne ogniska, pozatem zepchnięta na boki nie ulegała zniszczeniu. Włókien elastycznych i klejorodnych w naciekach nie było. Komórki olbrzymie, typu Langhansa mogą znajdować się w niewielkiej ilości, według Dariera znajdują się bardzo rzadko, a w opisach Unny nie było ich wcale. Natomiast według Unny powstawać mogą tak zwane komórki olbrzymie wrzekome, t. j. przekroje naczyń krwionośnych o zamkniętem świetle; albo też nagromadzenie się większej ilości jąder w jednem miejscu przybierać może postać komórki olbrzymiej. Ciałka białe (leukocyty) znajdują się bardzo rzadko, jak również komórki plazmatyczne i tuczne. Serowacenia niema. Komórki nabłonkowe ulegają z czasem zanikowi — pozostają tylko blade jądra. Naczynia krwionośne ulegają znacznemu rozszerzeniu. Opisywano również odmienne obrazy histologiczne, mniej lub więcej zaznaczone objawy zapalne, zmiany w naczyniach, podobne do zmian, spotykanych przy rumieniu stwardniałym (*Erythema induratum*), zapalenie błony wewnętrznej tętnicy lub żyły (Unna, Pöhlmann, Winkler), rozsiany proces zapalny z wybitnym zanikiem tkanki tłuszczowej (Kreibich'l i Kraus).

Lewandowski nie przypuszcza, aby obraz histologiczny miliarlupoidu miał być swoisty i charakterystyczny. Nietylko bowiem tuberkulidy, ale i typowe gruźlicze cierpienia skórne mogą mieć podobne obrazy histologiczne. Badania ostatnie Kyrlego zdołały jednak rozjaśnić wiele niejasnych stron, i wykazać, że różnice w obrazie drobnowidowym zależą od okresu rozwojowego miliarlupoidu.

I tak obraz histologiczny miliarlupoidu w okresie rumienia, wyciętego w 10 dni po rozpoczęciu się choroby, w czasie trwania podwyższonej ciepłoty, przedstawia obraz zwykłego zapalenia. Naciek zapalny rozmieszczony jest w warstwie brodawkowej i w głębszych warstwach skóry, zgromadzony przedewszystkiem dookoła porozszerzanych naczyń krwionośnych, a złożony głównie z młodych komórek okrągłych; komórki podobne do komórek nabłonkowatych znajdowały się w bardzo nieznacznych ilościach, i to głównie w środkowych częściach nacieku; prócz tego z rzadka rozrzucone przerosłe komórki tkanki łącznej. Prątki kwasoodporne znajdowały się w nacieku bardzo obficie.

Kawałek skóry w 11 dni później wycięty, ze zmianami już dalej posuniętemi, przypominał już w obrazie histologicznym charakterystyczne cechy miliarlupoidu Boecka. Na pierwszy plan występują już komórki nabłonkowate, naciek gromadzi się dookoła naczyń krwionośnych, tkanka łączna usunięta na boki, otacza niejako pochewką poszczególne grupy naciekowe; komórki okrągłe znajdują się już w mniejszej ilości, komórek typu Langhansa nie można było stwierdzić, tylko duże komórki z wrzecionowatemi, wydłużonemi jądrami w ilości 2—3. Prątki kwasoodporne znajdowały się już w bardzo skąpej ilości.

Trzecie z kolei wycięcie, w dalszych 15 dni wykonane, wykazało już obraz histologiczny charakterystyczny dla miliarlupoidu, złożony z samych prawie komórek nabłonkowatych, ugrupowanych w gniazda, kształtu okrągłego lub wydłużonego, rozmieszczonych przeważnie dookoła naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, z rzadka otoczonych komórkami okrągłemi. Komórki olbrzymie znajdowały się już w znacznej ilości, jednak bez serowacenia w środku. Prątków kwasoodpornych nie mógł już Kyrle wykazać.

W 21 dni po trzeciem wycięciu, zrobione preparaty histologiczne ze świeżego wycinka, wykazywały komórki, w większej części uległe już wakuolizacji; gdzieniegdzie zachowane były typowe komórki nabłonkowate. W wielu komórkach zwłaszcza w środku wycinku jądra komórek uległy zanikowi i przedstawiały się jako masa jednolita, barwiąca się blado-różowo eozyną. Ilość komórek okrągłych wzrosła, szczególniej na obwodzie nacieku, obraz histologiczny przedstawiał w ogólności młodą tkankę ziarninową.

W ostatnich wycinkach (94 dni po wybuchu choroby) spostrzegał Kyrle zmiany zanikowe w części brodawkowatej skóry, po ustąpieniu nacieku; naczynia krwionośne znajdowały się w znacznej ilości, gdzieniegdzie tylko spotykał Kyrle resztki nacieku, pojedyńcze komórki nabłonkowate, a nawet olbrzymie. C. d. n.

Dr. R. Hinze, prym. Szpit. państw. Rzeszów.

Szew przy zwichnięciu lub też złamaniu obojczyka.

Posiadamy dzisiaj liczne sposoby operacyjnego leczenia złamania i zwichnięcia obojczyka, co jest tylko dowodem nieustalonego postępowania. Nie będę się rozwodził nad rodzajami złamań i zwichnięć, podam tylko pokrótce opis własnego sposobu, który raz zastosowałem z doskonałym wynikiem. Sposób mój, nieco zbliżony do Leżarowskiego, różni się od niego trwałością ustalenia. Ponieważ żaden z dotychczas używanych sposobów nie ustala odłamków pewnie i zazwyczaj prędzej lub później przychodzi do kątowego ułożenia tychże, co jest ze względów estetycznych oraz i czynnościowych niepożądanem, przeto starałem się złemu zaradzić przez zmianę punktu zaczepienia.

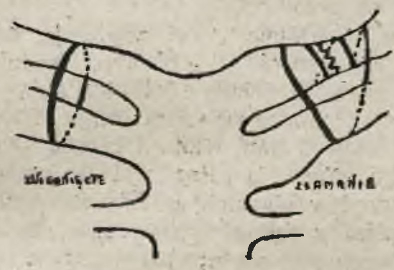
Sposób Leżarowskiego, to tylko zwyczajny szew założony na odłamki, składający się z dwóch pętli podłużnych bokiem spajających i dwóch pętli okrężnych, przytrzymujących pierwsze. Jest on dosyć skomplikowany i rozluźnia się po czasie, zwłaszcza, gdy przyjdzie do nacieku zapalnego, co niestety przy najskrupulatniejszem postępowaniu bezgnilnem często się przytrafia.

Wychodząc z założenia, że obojczyk przebiega w stosunku, do pierwszego żebra, jak wycinek łuku do cięciwy, znalazłem na tem żebrze pewny i silny punkt oparcia nie tylko dla zwichniętego, ale i dla złamanego obojczyka. Po od-

prowadzeniu zwichnięcia, albo też po złożeniu odłamków założenie ciasnej pętli metalowej dookoła obu kości ustala je idealnie. Na uruchomionym stawie na zwłokach i na złamanym obojczyku u żyjącego przekonałem się o słuszności mego twierdzenia.

Zamieszczony rysunek najlepiej objaśnia moje postępowanie:

Wgięcia w miejscu złamania nawet przy najsilniejszem naciągnięciu druta nie należy się obawiać, gdyż opiera się temu łukowata budowa kości obojczykowej.



Na zwichnięcie wystarczy założenie zwyczajnej pętli do około obojczyka i pierwszego żebra. Przy złamaniu posługuję się spiralnem owinięciem odłamków i przytwierdzeniem ich w dalszym ciągu do pierwszego żebra, tym samym drutem. Przy przeprowadzeniu pętli należy się trzymać blizko kości i operować z małego nacięcia okostnej na środku żebra, podokostnowo, co zabezpiecza przed obrażeniem opłucnej lub naczyń.

Zabieg ten nie jest trudnym, nie dopuszcza do zluźnienia odłamków, a chory mój na trzeci dzień po operacji mógł swobodnie ramieniem poruszać.

Z praktyki.

Dr. St. Justman. Łódz.

O wczesnem rozpoznawaniu zapalenia tkanki okołonerkowej.

Do szeregu niezbyt rzadkich cierpień, rozpoznawanych naogół zbyt późno, należy zapalenie tkanki okołonerkowej. To późne rozpoznawanie jest niekorzystnem ze względu na to, iż umożliwia wczesne wyleczenie, zanim dojdzie do utworzenia ropnia kołonerkowego, względnie zaś, dzięki wczesnemu otwarciu ropnia, prowadzi do wygojenia. Jeśli jednak rozpoznanie zostaje ustalone dopiero np. po wypukleniu się odpowiedniej okolicy lędźwiowej, po szeregu tygodni gorączki ropniczej, wtedy nawet zabieg operacyjny nie zawsze prowadzi do wyzdrowienia; chorzy tak późno operowani umierają z powodu postępującego osłabienia serca, w najlepszym zaś razie — poprawiają się bardzo wolno.

Względna trudność wczesnego rozpoznania zapalenia tkanki okołonerkowej zależy od głębokiego położenia tej tkanki, a następnie od blizkości innych ważnych narządów, ulegających schorzeniom częściej i łatwiej dostępnych badaniu. Ponieważ objawami początkowemi choroby są bóle w boku i gorączka, przeto rozpoznanie w pierwszej chwili jest niepewne; może być wówczas mowa o kamicy żółciowej, grypie, durze, zimnicy, zapaleniu płuc lub opłucnej. Przy dokładniejszem badaniu okazuje się, że wątroba nie jest powiększona i tkliwa, podobnie jak pęcherzyk żółciowy, że brak objawów nieżytowych ze strony narządów oddechowych, brak łamania w kościach i bólów w mięśniach; brak zajęcia sensorium oraz powiększenia śledziony, ciepłota ma tor stały, bez dreszczy i potów, brak kłucia w boku, duszności i suchego kaszlu, wzmagającego ból w boku — co wszystko razem pozwala wyłączyć wyżej wymienione cierpienia. Natomiast głębokie macanie przekonywa, iż ból tkwi nie w mięśniach lędźwiowych, lecz głębiej, w okolicy nerkowej. To umiejscowienie wyklucza ropień podprzeponowy. Bardzo wcześnie występują objawy, które, jak sądzę, pozwalają na ustalenie rozpoznania. Pierwszym z tych objawów jest lekkie, stopniowo coraz wyraźniejsze stłumienie w dolnej i tylnej części odpowiedniej połowy klatki piersiowej, stłumienie, przy którem brak wszelkich podmiotowych objawów zapalenia płuca lub opłucnej, a wysłuch stwierdza jedynie lekkie osłabienie szmeru pęcherzykowego; mamy więc obraz sympatycznego zapalenia, ściślej, podrażnienia opłucnej. Współczesne zaś badanie moczu wykazuje: ślady białka, pojedyńcze krwinki czerwone w osadzie i nieliczne wałeczki szkliste; jest to obraz sympatycznego podrażnienia nerki.

A więc na obraz kliniczny choroby składa się tetrada objawów, z których dwa: ból w okolicy nerkowej i gorączka, dominują, a dwa pozostałe, sympatyczne podrażnienie opłucnej i nerki, chyłkiem, że tak powiem, się przekradają. Dla określenia wyżej powiedzianego ograniczę się do przytoczenia dwóch przypadków zapalenia tkanki okołonerkowej.

25-go sierpnia 1918 r., po powrocie z Rosji, gdzie odniosłem wrażenie, że zapalenie tkanki okołonerkowej zdarza się częściej, niż w Polsce, zostałem wezwany do chorego 42-u letniego.

Chory od 2-ch tygodni skarży się na ból w boku i gorączkuje. Lekarz, obserwujący go dotychczas, nie mógł ustalić istoty cierpienia. Badanie przedmiotowe wykazało bolesność okolicy nerkowej, zarówno przy głębokiem macaniu, jak przy lekkiem uderzaniu, ciepłotę umiarkowanie podniesioną, lekkie — nie wyjaśniające się przy głębokim wdechu — stłumienie i osłabienie szmeru oddechowego od dziesiątego żebra lewego ku dołowi. Rozpoznałem zapalenie tkanki około-nerkowej i zaleciłem bezwzględny spokój, okład z nierozcieńczonego spirytusu etylowego i trzy razy dziennie po 0.5 urotropiny. Badanie moczu, wykazało ślady białka, pojedyńcze krwinki czerwone i nieliczne wałeczki szkliste. Wynik badania poparł rozpoznanie. Dnia 29-go sierpnia stwierdziłem poprawę, i zaleciłem dalsze stosowanie dotychczasowych środków, zalecając dalsze leżenie w łóżku. Dnia 10-ego września nawrót gorączki i bólów, jako skutek powrotu chorego do pracy; po dwóch tygodniach leżenia zupełne wyzdrowienie.

Przypadek drugi jest dowodem, iż zapalenie tkanki okołonerkowej nietylko nie bywa rozpoznawane, lecz wprost — zapoznawane.

4-go sierpnia 1920 r. zostałem wezwany do 40-letniego. Ak. Chory skarży się na bóle brzucha, gorączkę i osłabienie. Podaje iż kilka dni temu dźwignął ciężki walec z osnową. Przedtem był zawsze zdrów. Gorączkuje wysoko (około 815). W płucach zmian widocznych niema. Tętno 124. Tony serca czyste. Brzuch miękki, niebolesny, śledziona niepowiększona. Zalecono salicylan. Po kilku dniach wystąpiła lekka bolesność okolicy nerkowej prawej oraz mało wyjaśniające się przy głębokim wdechu stłumienie od X-go żebra prawego ku dołowi. W moczu nieco białka i krwinek czerwonych, wałeczków zaś ani komórek nabłonka nerkowego nie znaleziono. Rozpoznałem zapalenie tkanki okołonerkowej, chorego skierowałem do szpitala.

3-go września dowiedziałem się, że wezwany inny lekarz rozpoznał zapalenie opłucnej. Chorego ponownie skierowałem do szpitala dając mu list z rozpoznaniem choroby.

Ponownie wezwany 14-go września dowiedziałem się, iż chory w parę dni, po nakłuciu opłucnej, które nie wykazało wysięku, wyszedł ze szpitala. (Lekarz szpitalny mego listu, zdaje się nie otrzymał). Teraz badanie wykazuje wypuklenie okolicy nerkowej prawej. Stan ogólny bardzo zły, tętno przyspieszone. Dnia, 15-go września na naradzie z chirurgiem stwierdziliśmy ropień około-nerkowy. 16-go września zabieg, który usunął wielką ilość ropy; gorączka ropnicza nie ustąpiła, 25 IX 1920 exitus.

Jest rzeczą prawdopodobną, iż przypadek drugi byłby uratowany, gdyby został operowany o miesiąc wcześniej.

Śródżylne zastrzykiwanie olejku kamforowego.

Śródżylne zastrzykiwanie olejku kamforowego stosuje się z powodzeniem od lat kilku. Działanie kamfory przy śródżylnem stosowaniu następuje szybciej, niż przy stosowaniu podskórnem; już po kilku sekundach wyczuwa się tętno, które przedtem, nie dawało się wyczuć; parcie ościenne krwi wzrasta, przytomność wraca i t. p.

Zastrzykuje się olejek w roczczynie 10%, w ilości 1,0—2,0 na raz; zabieg może być powtórzony, po półgodzinnej przynajmniej przerwie. Olejek powinien być ogrzany do 37°.

Zastrzykuje się olejek bardzo wolno, w przeciągu jednej do dwóch minut.

Nie należy się obawiać, przy stosowaniu śródżylnem olejku kamforowego, zatoru tłuszczowego; drobne zatory bez szkody najmniejszej dla organizmu wsysają się w ciągu kilku dni. Śmierć z powodu zatoru tłuszczowego, której tak się obawiano dawniej, zdarza się chyba wtedy, gdy do płuc dostanie się wielka ilość tłuszczu. (B. Fischer. Berl. klin. Woch. Nr. 31. i 41. 1921. R Schmidt. Ibidem. Nr. 41. 1921 r.)

A. Tenenbaum.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódz.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

(Dokończenie).

Oto parę przykładów.

Rak wargi leczony jest przez radopunkturę samego nowotworu i jednoczesne założenie aparatu płaskiego na okolicę podszczękową. Mięsak lub rak twarzy naświetla się za pomocą igieł, o ile wymiary guza na to pozwalają, w razie przeciwnym przez zastosowanie przyrządu płaskiego. Przy raku spojówki używa się małego aparatu powierzchniowego z dostatecznem oddaleniem od gałki ocznej. Przy raku migdatka wprowadza się igły w nowotwór oraz działa się aparatem płaskim na znaczną powierzchnię szyji i dolnej okolicy głowy — od ucha aż do obojczyka. Przy nawrocie po operacji raka piersi w guzki większe wkłuwa się igły, guzki drobne lub rozsiane naświetla się przyrządem płaskim albo promieniami Roentgena. Natężenie ognisk, ilość ich, oddalenie od powierzchni, czas działania promieni zastosowane zostają do każdego poszczególnego przypadku.

Nowotwory złośliwe narządów głębokich, jak pęcherza, odbytnicy, gruczołu krokowego, przełyku, nie były do tej pory leczone w »Instytucie radowym«, z powodu bowiem bardzo trudnego i niedostatecznego dostępu nie mogą być racjonalnie i skutecznie naświetlane, »Instytut« zaś obecnie zajmuje się przedewszystkiem wypracowaniem metod leczniczych, a nie paljatywnych. Przypadki powyższe są jednak leczone we Francji poza »Instytutem radowym«. Rak odbytnicy np. jest naświetlany - zależnie od przypadku — albo za pomocą przyrządów powierzchniowych przy odpowiedniem urządzeniu, które zabezpiecza zdrową błonę śluzową, albo za pomocą radopunktury, lub wreszcie obiema metodami. Przy raku przełyku wprowadzają rad za pośrednictwem wziernika lub zgłębnika pod kontrolą promieni Roentgena. W pęcherzu rad umieszczają po dokonanem cięciu lub też wsuwają go przez cewkę. W gruczole krokowym igły wkłuwają po dostaniu się do nowotworu drogą krwawą,

Mówiąc o stosowaniu radu, niepodobna nie wspomnieć o działaniu jego na nowotwory dobrotliwe, a szczególniej na włókniaki macicy. W tej dziedzinie rurka z radem lub emanacją zastępuje coraz częściej nóż chirurga. Na ostatnim zjeździe ginekologów francuskich w Paryżu w końcu września z. r. J. L. Faure, najpierwszy dziś ginekolog-chirurg paryski, wypowiedział zdanie, że wszystkie małe i średnie włókniaki macicy, nie przedstawiające innych powikłań, niż krwotoki, powinny być leczone wyłącznie radem. Wogóle działanie radu na krwotoki macicy podobno nigdy nie zawodzi.

Laborde w Paryżu stosuje następującą technikę: daje rad tylko do pochwy. W okresie przekwitania zakłada 2 ogniska po 25 mgr na 48 godzin, przez co otrzymuje 18 mcd Jeśli krwotoki nie ustają, powtarza leczenie po 2 tygodniach. U osób młodszych, gdy idzie o oszczędzenie jajników, naświetla tylko przez 24 godzin, powtarzając naświetlanie 2—3 razy, co 6—7 tygodni. Dla osiągnięcia wytrzebienia u osób młodszych potrzeba działania promieni przez 60 godzin.

Dla porównania z metodą i techniką paryską podaję kilka przykładów nowszej techniki radolecznictwa, stosowanej na klinikach i w szpitalach zagranicznych.

Na klinice wiedeńskiej, prowadzonej przez zmarłego niedawno prof. Schautę, Adler leczy radem od szeregu lat raki macicy. Technika podana przez niego w książce: *„Radiumbehandlung maligner Tumoren“* (z 1919 r.) jest następująca. Stosuje on 3 rodzaje ognisk o natężeniu: 1) 50 mgr, 2) 33 mgr, i 3) 30 mgr radu; pierwszem naświetla przez 12, drugiem przez 18, trzeciem przez 24 godzin. Naświetlanie trwa 5—6 dni, co stanowi jedną serję; serje zaś z przerwą 4 tygodni i więcej powtarza kilka razy (następne serje trwają krócej). 50 mgr stosowanych naraz przekracza chyba zupełnie wyjątkowo. Przy *„feu croisé“*, gdy zakłada jedno ognisko do pochwy, a drugie do odbytnicy, używa 60 mgr (do kiszki ognisko słabsze). Przy naświetlaniach w pochwie używa za filtr mosiądzu niklowanego 1,5 mm grubości, osłania przytem zdrowe tkanki ochraniaczem również z mosiądzu niklowanego 0.5—1 c grubości.

W ostatnich czasach przypadki nadające się do operacji leczy Adler w sposób następujący: 1) wykonywa t. zw. szeroką operację pochwową (*erweiterte vaginalle Ca-Operation*), 2) bezpośrednio po operacji zakłada w ranę przymaciczy aż do kości większe ilości radu, ochraniając moczowody gazą, 3) naświetla promieniami Roentgena w kierunku od tyłu ku przodowi.

Stosowane na klinice rurki zawierają od 13—50 mgr radu; długość ich wynosi 13—14 mm, średnica zewnętrzna 3·2—4·2 mm, grubość ściany 0·2—0·3 mm. Wprowadzane do macicy i cewki moczowej rurki mają 25 mm długości. Za filtr służy: ołów 2 mm, złoto 1·1 mm, platyna 1·1 mm, mosiądz 0·5—1·5 mm. Na filtry wtórne używany jest kauczuk. Do przyrządów płaskich za filtr służy srebro grubości 0·3 mm. Naczyńko z radem wprowadza się do macicy za pomocą specjalnego przyrządu; przy naświetlaniu odbytnicy umieszcza się rad w prokteurynterze, który pozwala zabezpieczyć zdrowe tkanki.

W Niemczech curieterapja znalazła wśród wybitnych ginekologów bardzo gorących zwolenników, jak Krönig, Bumm, Döderlein, w ostatnich czasach Kehrer i inni. Z pomiędzy prac najnowszych najwybitniejsze wyszły od Kehrera z Drezna. Stwierdziwszy bardzo rozmaitą wrażliwość różnych rodzajów nowotworów złośliwych na działanie promieni (co obala teorję »dawek swoistych«), poddaje on każdy przypadek raka macicy przedewszystkiem sześcio-godzinnemu naświetleniu, aby, badając mikroskopowo po upływie 4 dni chorą tkankę, ze znalezionych zmian wnioskować o odporności danego rodzaju nowotworu i odpowiednio przystosować leczenie. Nowotwory odporne na działanie promieni powinny być, według Kehrera, usuwane operacyjnie.

Kehrer stwierdził, stosując dawki olbrzymie, aż do 26.000 mgrh, że możliwe jest zupełne wyjałowienie wielkich nacieczeń rakowych, sięgających do kości miednicy, szczególniej przy naświetlaniu przez czas odpowiednio długi[1]). Dawki te niestety wywoływały zawsze katastrofę: przekraczając wytrzymałość nabłonków pęcherza i kiszki powodowały ich martwicę, wtargnięcie tą drogą bakterji z następowemi sprawami zapalnemi, ropieniem i ostateczną posocznicą lub zapaleniem otrzewnej. Zaznaczyć nadto należy, że obok zmian lokalnych wielkie dawki wywierają na ustrój bardzo szkodliwe działanie ogólne.

Kehrer stosuje zwykle 70 mgr radu, rzadziej 35, wyjątkowo 120 mgr. Naświetla po 10—24, rzadziej 48 godzin. Pomiędzy naświetlaniami poleca 4—6 dniowe przerwy. Leczenie wraz z przerwami trwa miesiąc i dłużej. Przypuszcza, że dawka maksymalna nie może przekraczać 13.000 mgrh.

W przypadkach raka szyjki początkowych i znajdujących się na granicy możności operowania uzyskał Kehrer 45% wyleczeń.

W Stuttgardzie Baisch przy raku szyjki macicy stosuje zwykle 100, rzadziej 50 mgr radu. Naświetla tylko jednego dnia, powtarzając naświetlanie zwykle 3 razy co 2—4 tygodnie. Za filtr służą mu naczyńka z niklowanego mosiądzu i kauczuk: zdrowe tkanki ochrania miseczką z wosku 1 c grubości.

W Norymberdze Flatau przy leczeniu raka macicy stosuje technikę Döderleina: 50 mgr radu w 2 rurkach. Filtr: 0·3— 1 mm mosiądzu; filtr wtórny guma. Naświetla przez 24 godzin; powtarza naświetlanie po 3 tygodniach. Potem stosuje promienie x 10 razy w odstępach 8-dniowych.

Metoda paryska różni się więc od niemieckich w 3-ch zasadniczych punktach. W Paryżu: 1) naświetlają jednorazowo bez przerwy (jaknajwiększa dawka w czasie jaknajkrótszym, 4—8 dni); 2) posługują się promieniami najtwardszymi (o ile nie idzie o radopunkturę), więc używają silnych filtrów 1—1·5 mm platyny, a do 2·5 mm

[1]) Wówczas działanie promieni może być skuteczne, tj. zupełnie zniszczyć komórki raka w promieniu 6 do 7 c.

złota (do pochwy); 3) stosują *»feu croisé«* (n. p. przy raku szyjki macicy 6 ognisk). Wreszcie przy leczeniu raka szyjki macicy podkreślić należy przybliżenie 2 ognisk bocznych do ścian miednicy, czego nie czyni technika niemiecka.

W Niemczech jeden tylko Kehrer naświetla bez przerwy — i to nie zawsze — do 48 godzin, przerywa jednak naświetlanie na dni 4—6, a całe leczenie przeciąga przeszło na miesiąc.

W Anglji metody curieterapji zbliżają się do paryskich.

W Londynie Finzi używa dużych ilości radu i silnych filtrów. Za filtr służy mu 2 mm platyny. Każdy przypadek przed wzięciem próbki tkanki chorej do zbadania naświetla przez 2—3 dni, aby zapobiec rozsianiu się komórek rakowych drogą krwionośną przy zranieniu guza. Naświetlanie kilkudniowe powtarza parę razy, lecz nie wcześniej, jak po 6 tygodniach. Często łączy rad z promieniami x i z zabiegiem chirurgicznym.

Weźmy jako przykład jeden z podanych przez niego przypadków: mięśniak języka z dużemi masami gruczołowemi. Naprzód naświetlał promieniami x szyję; w kilka dni później wprowadził rurkę ze 100 mgr radu w filtrze platynowym 2 mm grubości wewnątrz guza (po dokonanem aseptycznie cięciu); wreszcie znów stosował promienie Roentgena na szyję i śródpiersie w ciągu 6 miesięcy. W innych przypadkach naświetla jednocześnie gruczoły promieniami, a nowotwory radem.

W Stanach Zjednoczonych stosują curieterapję na skalę olbrzymią, prawdziwie amerykańską. Wielkie ogniska curieterapji znajdują się w New-Jorku (Janeway), Bostonie (Duane), Rochester (olbrzymi szpital z oddziałam radowym Braci Mayo), wreszcie w Baltimorze (Kelly's Institute). Szpitale amerykańskie rozporządzają olbrzymią ilością radu — po 4—5 gr.

Za pzzykład niech służy Memorial-Hospital w New-Jorku, posiada on 4 gr radu. Używana tu jest, jak prawie wszędzie w Ameryce wyłącznie emanacja (po części i osad czynny w roztworze do wstrzykiwań). Rurki z emanacją są dwojakie: 1) silniejsze o natężeniu 100—250, czasem 400 mc; średnica ich wynosi 0·6 mm, długość 10—15 mm; 2) słabsze o natężeniu 1—4 mc, średnicy 0·3 mm, długości 3 mm. Rurki słabsze o 1 mc są to t. zw. rurki nagie, któremi od lat 3-ch Janeway zastąpił zupełnie igły. Wprowadza się je wewnątrz tkanek nowotworowych za pomocą troakarów stalowych. Rurka naga nie może zawierać więcej nad 1 mc emanacji, powinna być umieszczona w odległości 1·5 c od zdrowej tkanki, większych naczyń i nerwów. Przy stosowaniu rurek nagich natężenie wynosi mniej więcej 0·5 mc na 1 c^3. Rurka naga »żyje« przeciętnie 132 godzin. Dawki wyrażane w nich (milicuriegodzina) oblicza się w sposób następujący: np. 14 rurek po 1 mc każda, dadzą $14 \times 132 = 1914$ mch.

Janeway kombinuje nieraz nagie rurki z przyrządami płaskimi; używa wówczas za filtr 2 mm ołowiu lub platyny. Naga rurka niszczy wszystkie tkanki w promieniu 4—5 mm, a przy mięsakach nawet 10 mm.

Filtry Janeway stosuje dwojakie: 1) do otrzymywania promieni miększych filtr stanowi 0·5 mm srebra lub platyny; 2) dla otrzymywania twardych 2 mm ołowiu lub platyny. Na filtry wtórne używa kauczuku, drzewa, filcu, gazy, parafiny. Przy naświetlaniu promieniami twardymi używane nieraz bywają specjalne przyrządy, jak t. zw. Pack, Bomb, i inne.

Pack stanowi rodzaj aparatu płaskiego o ogólnem natężeniu 1000—2500 mc. Zawiera on szereg rurek z emanacją o ścianach srebrnych. Filtr dopełnia dno ołowiane 2 mm grubości. Pack jest stosowany dla naświetlania guzów dużych i głębokich, działa on z odległości 6—10 c, utrzymywany za pośrednictwem odpowiedniej warstwy gazy. Z odległości 6 c można nim dać do 10000 mch, z odległości 10 c do 18000 mch; ostatnia dawka stanowi granicę dla wystąpienia rumienia skóry.

Na oddziale ginekologicznym używany jest przez Baileya t. zw. Bomb. Wprowadza się go do pochwy i skierowuje kolejno na obydwa boczne przymacicza oraz część pochwową. Daje on razem 1500 mch. Filtr stanowi platyna i glin. Jednocześnie wsuwa Bailey do macicy emanację o filtrze platynowym i uzyskuje tą drogą również 1500 mch.

Do pęcherza służą przyrządy specjalne. Gruczoł krokowy naświetla się od strony pęcherza oraz zapomocą nagich rurek, wprowadzonych przez krocze. Do leczenia raka odbytnicy używają się przyrządy powierzchniowe, zabezpieczające błonę śluzową, i rurki nagie. W przypadkach nowotworu przełyku, gdy zwężenie nie jest za wielkie, dokonywa się naprzód gastrostomji; po zagojeniu się rany chory połyka przyrządzik z radem z 2-ma nitkami umocowanemi na 2 jego biegunach. Pod kontrolą promieni Roentgena górną nitką podciąga się rad ku nowotworowi; dolną nitkę wydobywa się przez otwór w żołądku i przy pomocy obydwu nitek umieszcza się rad na odpowiednim poziomie.

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Roman Nitsch. **Szczepionki i surowice wraz z nauką o odporności.** Tom I. stron 959, z 9 tablicami. Wyd. z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1921.

Książka prawdziwie oryginalna należy do rzadkości nie tylko w naszem piśmiennictwie lekarskiem. Taką prawdziwie oryginalną i przez to wartościową książką jest duże (w całości prawie stuarkuszowe) dzieło prof. Nitscha. Oryginalność ta leży w układzie dzieła, w sposobie ujęcia przedmiotu, w szczególnym doborze materjału, na którym się autor opiera, i w poglądach autora na pewne zagadnienia teoretyczne. Dlatego nie zdaje mi się słuszną wątpliwość autora, czy „teoretyk może się czegoś dowiedzieć“ z jego książki, którą autor przeznaczył „przedewszystkiem dla praktyków“ ze względu na ogromną wagę, jaką nauka o szczepionkach i surowicach ma dla lecznictwa.

Każde zagadnienie oświetla autor przeważnie naprzód ze strony praktycznej, a potem przechodzi do jego podstaw teoretycznych. W wykładzie posługuje się rozległym zasobem piśmienniczym, streszczonym i rozpatrzonym bardzo sumiennie, niemal pedantycznie, przyczem zajmuje stanowisko ile możności bezstronne, a tylko przez odpowiednie ugrupowanie faktów stara się doprowadzić do tego, aby czytelnik przedewszystkiem sam wysnuł wynikające z nich wnioski. Posługując się tą metodą, uczy autor czytelnika ścisłego krytycyzmu, którym kieruje się także sam, ilekroć wypowiada własne zdanie; jest ono zawsze oględne, bo dokładnie ze wszystkich stron rozważone. Książka ma więc typ odrębny od zwykłego typu podręczników; z drugiej strony, — pomimo przytoczenia wielkiego a szczegółowo streszczonego piśmiennictwa, jest odmienną od takich monografji, jakie w ostatnich latach weszły w modę w Niemczech pod nazwą „Ergebnisse“. W doborze zaś pomieszczonego w swej książce materjału starał się autor celowo i umyślnie, jak sam w przedmowie podaje i uzasadnia, ograniczyć albo wyłącznie, albo przeważnie do prac badaczy polskich. Tylko w tych dziedzinach, w których polskich prac niema, sięga autor do piśmiennictwa obcego, dobierając jednak wtedy tylko najważniejsze publikacje, które istotnie wytyczyły drogę nauce. Rzecz prosta jednak, że, opierając się na pracach polskich, nie przemilcza tych nazwisk wielkich cudzoziemców, którzy w danej dziedzinie odkryciami swemi zdobyli sobie pamięć na długi szereg pokoleń. To uwzględnienie w pierwszym rzędzie swojskich zdobyczy naukowych, poraz pierwszy — śmiało powiedzieć można — spotykamy w polskiem dziele tego pokroju i znaczenia. Autorowi należy się wdzięczność i uznanie, że pierwszy wstąpił na tę drogę, na której mamy się uczyć poszanowania naszej własnej twórczości i należytego z niej korzystania. Tylko bowiem na tej drodze możemy dojść do równego stanowiska naszej nauki z nauką zachodu, gdzie buduje się gmach wiedzy przedewszystkiem na fundamencie rodzimych zdobyczy naukowych, dopiero w drugim rzędzie oglądając się na inne narody i gdzie też dlatego rozwój nauki jest samodzielny i śmiały.

Część ogólną swej książki podzielił autor na siedm rozdziałów: 1) Określenie pojęcia szczepienia i podział szczepień, 2) odporność (*immunitas*) i oporność (*resistentia*), 3) prace nad opornością i otrzymywanie sztucznej oporności w lecznictwie, 4) przyczyny odporności i oporności ustroju, 5) ogólne uwagi o szczepionkach i surowicach, 6) choroba posurowicza i przewrażliwość, 7) niektóre specjalne metody szczepień.

Oczywiście niepodobna tu podać streszczeń ani liczniejszych przytoczeń z dzieła prof. Nitscha; godzi się jednak wspomnieć przynajmniej o podanem przez niego własnem określeniu odporności i oporności. W określeniu tych pojęć kierują się badacze francuscy i niemieccy przeważnie tem, czy chodzi o własność wrodzoną, czy nabytą. Zdaniem prof. Nitscha „znacznie będzie korzystniej, jeżeli uważać będziemy za istotną cechę odporności nie to, czy jest ona nabyta, czy też wrodzona, ale czy jest swoista, czy nieswoista“. Według tego odpornością (*immu-*

nitas) byłyby wszystkie stany swoiste, t. j. skierowane przeciw pewnym chorobom zakaźnym, bez względu na to, czy są one wrodzone czy nabyte, a opornością (*resistentia*) — stany nieswoiste, skierowane równocześnie przeciw różnym chorobom i zakażeniom. W takim razie drugą cechą, rozróżniającą odporność do oporności, choć nie tak zasadniczą, byłaby długość czasu trwania tych stanów. Odporność w znaczeniu powyższem trwa zwykle albo całe życie (o ile jest wrodzona), albo szereg lat lub miesięcy (o ile jest „czynna“ i nabyta), a tylko wyjątkowo nie dłużej nad kilka tygodni. „Oporność raś zależna od kwitnącego stanu zdrowia i zahartowania istnieje i mija razem ze zdrowiem i zahartowaniem“. Odporność bierna jest podobna do oporności przez swe krótkie trwanie i szybki rozwój po wstrzyknięciu surowicy lub ciał chemicznych, różni się od niej jednak zasadniczo swoistością.

Z części szczegółowej zawiera pierwszy tom dzieła prof. Nitscha rozdziały o ospie, wściekliźnie, błonicy, tężcu, ukąszeniach wężów, czerwonce, zakażeniach paciorkowcami, płonicy, zakażeniach gronkowcami, pneumokokami, gonokokami, meningokokami. W tomie drugim mają się zawierać rozdziały o szczepieniach przeciw tyfusom, cholerze, dżumie, wąglikowi, gruźlicy i twardzieli.

Rychłe ukazanie się tego drugiego tomu jest bardzo pożądane.

Kończąc, nie mogę jednak przemilczeć pewnego szczegółu, raczej technicznego, który wydaje mi się błędem, bo musi być przez czytelnika niemile odczuwany. Mianowicie każdy rozdział jest podzielony na ustępy, poodgradzane od siebie tytulikami osobnemi, drukowanemi dużym drukiem. Pomijam już, że gdy te ustępy są drobne, to tekst jest na oko zanadto porozbijany i powstaje często nieuzasadniony kontrast formy typograficznej z tokiem wykładu; chodzi mi bowiem przedewszystkiem o to, że te tytuliki ustępów niejednokrotnie nadawałyby się raczej do umieszczenia na tak zwanym „żywym marginesie“, jako rodzaj drogowskazów i przypomnień, a nie jako określenia podziału przedmiotu, a często znów są oznaczeniem bez treści, mianowicie wtedy, gdy zawierają tylko nazwiska autorów. Nie przeczę pożytku, a nawet konieczności oznaczania ustępów tytułami imiennemi, jeśli brzmią one n. p. „teorja odporności Ehrlicha“, „teorja przewrażliwości Popielskiego“ itp., ale wydaje mi się zbyteczne, a nawet obciążające czytelnika zaopatrywanie kilkunastu po sobie idących ustępów tytułami: praca Starzewskiego“ „praca Jordana“, „praca Jaworskiego“, praca Kozickiego“, praca Gaszyńskiego“. Nie przypuszczam, aby tej formy użyto w tak licznych miejscach dzieła (bardzo wielu!) celowo i umyślnie, i w następnem wydaniu radziłbym gorąco zmianę.

Osobne słowo wdzięczności należy się kasie im. Mianowskiego, że podjęła się wydawnictwa, którego nikt inny się nie podjął, i że mimo trudnych swych warunków doprowadziła je do końca. Coprawda, druk ciągnął się cztery lata. Wydanie jest bardzo estetyczne, papier, choć cienki, ale przypomina przedwojenny, druk (J. Cotty) piękny. Piśmiennictwo polskie zebrał autor w wykazie, obejmującym 689 publikacji. *Ciechanowski.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

The Lancet.

N. 22. T. I. 1921 r.

Arthur Hurst. **Dychawica oskrzelowa.** W związku z nowemi prądami w nauce o nadwrażliwości etjologja dychawicy stała się dzisiaj jednem z najwięcej aktualnych zagadnień. Zestawienie osiągniętych na tem polu zdobyczy w celu wytworzenia ogólnego poglądu na istotę sprawy jest właśnie zadaniem autora. Podług niego dychawica jest odczynem nadmiermiernie pobudliwego ośrodka oskrzelowego na działanie bodźców, powstających we krwi, na obwodzie ciała i w sferze duchowej. Do pierwszej kategorji zalicza autor oddziaływania anafilaktyczne, będące następstwem uczulenia nabytego lub odziedziczonego na różne rodzaje obcogatunkowego białka. Na podstawie odczynów skórnych uczulenie to stwierdził Walker w znacznej liczbie przypadków dychawicy — 52%. Powołując się na badania Goodalea, Walkera i Freemana, omawia autor uczulający wpływ białka pokarmowego pszenicy, ryżu, kukurydzy, jaj, sernika, jarzyn, ostryg, homarów, ryb i t. d. — wpływ wdychanego pyłku (pollen) roślinnego, wreszcie wpływ potu i wyziewu skórnego zwierząt, szczególnie koni i kotów. Do tej samej kategorji bodźców zaliczyć można również białko bakteryjne, które ulega wessaniu na skutek zakażenia rozmaitych narządów, najczęściej oskrzeli, rzadziej migdałków, nosa, jelit, i które w przypadkach swoistego uczulenia chorych może powodować dychawicę pochodzenia anafilaktycznego. Podług badań Jahna Eyre'a, czynnikiem chorobotwórczym i uczulającym mogłyby być prątki z grupy Friedländera, tak często spostrzegane w plwocinie chorych w czasie napadu duszności. Fantastyczna rozmaitość idiosynkrazji astmatyków nakazuje przypuszczać, że wchodzi tu w grę jeszcze wiele innych ciał białkowych, pominiętych wyżej. Uczulenie wielogatunkowe jest szczególną cechą wieku dziecięcego (Walker). Źródłem podrażnień obwodowych, wywołujących odruchowo napad dychawicy, mogą być choroby nosa, oskrzeli, żołądka i jelit. Czy w przypadku nieżytu oskrzeli dychawica powstaje na drodze odruchowej czy na anafilaktycznej, można przekonać się za pomocą odczynu skórnego. Brak odczynu na działanie toksyn drobnoustrojów, wyosobnionych z plwociny chorego, przemawia za sprawą odruchową. Wreszcie u osobników z nadmiernie pobudliwym ośrodkiem oskrzelowym dychawica powstawać może pod wpływem czynników psychicznych, — wzruszeń, wyobrażeń i autosuggestji. Kończąc z etiologją, zatrzymuje się autor dłużej na znaczeniu dziedziczności w powstawaniu t. zw. »idiopatji toksycznych« (Freeman) oraz na stosunku między dychawicą i funkcją nadnerczy. Stosunek ten tłómaczy ze stanowiska znanej teorji o antagoniźmie czynnościowym nerwu błędnego i współczulnego. Szkodliwy wpływ fizycznego i umysłowego znużenia jest następstwem wyczerpania nadnerczy i zmniejszonego wydzielania adrenaliny. Natomiast gwałtowne wzruszenie strachu, pobudzając układ współczulny i funkcję nadnerczy, może przerwać r[illegible]wijający się napad dychawicy. Ostatnia część pracy jest [illegible]święcona leczeniu. Ma ono za zadanie: 1) zmniejszyć nadpobudliwość ośrodka oskrzelowego, 2) usunąć szkodliwy wpływ czynników chemicznych, odruchowych i psychicznych, wreszcie 3) przerwać sam napad. W każdym przypadku dychawicy należy przy pomocy odczynów skórnych określić istotę czynnika chorobotwórczego i wyłączyć go z pożywienia, bądź z otoczenia chorego. Jeżeli dla jakichkolwiek względów jestto trudne lub niewykonalne, trzeba próbować odczulenia ustroju przy pomocy swoistego białka. Staje się to koniecznością, jeżeli chory jest wrażliwy na łupież (dandruff) koński w rozcieńczeniu 1:10.000, ponieważ w tych razach kurz uliczny wystarcza dla wywołania napadu. W przypadkach nadwrażliwości na białko bakteryjne, celem odczulenia ustroju, wskazane są swoiste szczepionki z drobnoustrojów chorego. Oprócz prątków Friedländera trzeba mieć na względzie *B. septus, M. catarrhalis*, dwoinki zapalenia płuc i paciorkowce, znajdowane w wydzielinie nosa i oskrzeli (Eyre). Co do punktu trzeciego, maleńka dawka adrenaliny, wstrzykniętej podskórnie, przerywa prawie natychmiast rozwijający się napad. Lek ten może być stosowany przez czas dłuższy bez szkody dla zdrowia. W przypadkach lekkich i przewlekłych pożyteczne są rozpylania atropiny i kokainy. Palenie proszków astmatycznych i wziewanie dymu jest raczej szkodliwe, zwiększa bowiem współistniejące nieżyty oskrzeli.

Reeve Heber. **O wpływie wysokości na ustrój człowieka.** Autor, zamieszkały od lat 6 w Leh, stolicy Ladaku w Himalajach (11.500 stóp), przeprowadził odpowiednie badania na ludności tubylczej oraz na 4 Anglikach. Pobyt w górach wywiera na świeżo przybyłych Europejczyków początkowo wpływ ogólnie krzepiący i orzeźwiający. Jednakże poczucie błogiego stanu zmienia się wraz ze stopniem wysokości i ulega znacznym wahaniom osobniczym. Po pewnym czasie występują objawy ze strony układu nerwowego, spostrzegane często u lotników: ociężałość, uczucie znużenia, utrata łaknienia, bezsenność, osłabienie pamięci, zmniejszenie sprawności fizycznej i umysłowej. Przystosowanie do nowych warunków wymaga krótszego lub dłuższego czasu. Stały pobyt w górach na znacznej wysokości stwarza pewną skłonność do przerostu prawego serca. Ciśnienie krwi jest zmniejszone, ciśnienie tętna wzmożone, jak u lotników angielskich we Francji podczas wojny światowej. W związku z rozedmą płuc klatka piersiowa ulega pewnemu rozszerzeniu. Oddech jest nieco przyśpieszony; dłuższe zatrzymanie oddechu sprawia pewną trudność. Ilość czerwonych krwinek jest znacznie większa, zwłaszcza u Europejczyków (średnio 6,816.450). Ilość krwinek białych i ich stosunek wzajemny pozostają bez zmiany. Wbrew oczekiwaniu, stały pobyt w górach wywo-

łuje zmniejszenie hemoglobiny. Zdolność rozrodcza jest znacznie zmniejszona. 823 kobiet miało tylko 848 dzieci. Fakt ten zapewne jest w związku z rozpowszechnieniem kiły. Miesiączka zaczyna się względnie późno, około 15 roku, i kończy się wcześniej — 39,2 l. Niestrawność jest najczęstszem cierpieniem ludności tubylczej i napływowej. Choroby płuc są rzadkie, gośćca i gruźlicy niema prawie wcale.

K. Rozenfeld (Częstochowa).

Czasopisma archiwalne.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 233. 1921.

K. Yamagiva. **Sztuczne wywoływanie raka i mięsaka zapomocą dziegciu.** Żmudne i na lata rozciągające się badania autora rozpadają się na dwie grupy doświadczeń: W pierwszej pędzlował dziegciem wewnętrzną powierzchnię ucha królika w odstępach kilkudniowych. Po półtora lub kilkunastu miesiącach spostrzegał na uchu odosobnione lub mnogie guzki uszypułowane lub brodawczakowe o utkaniu nabłoniaka, wychodzące z nabłonka zewnętrznego torebek włosowych (*Folliculoepithelioma*), w innych przypadkach pod postacią płaskich na szerokiej podstawie rozwijających się nabłoniaków. Jako bezpośrednie następstwo drażnienia dziegciem pojawiało się nadmierne rogowacenie, gromadzenie się łusek w torebce włosowej, tworzenie się torbielków, potem typowe, następnie atypowe bujanie nabłonka warstwy podstawowej (*str. basale*) i to bujanie znacznego stopnia pod postacią wypustek i czopów. Raki takie udawało się autorowi otrzymywać u 100 % zwierząt pędzlowanych przez 150 do 173 dni. U niektórych otrzymał nawet przerzuty w gruczołach chłonnych przy nasadzie małżowiny usznej, u jednego królika także w śliniance podszczękowej. Kilka w ten sposób otrzymanych raków uległo samoistnemu wyleczeniu, przeważająca jednak część zwierząt z czasem nędzniała i ginęła. Przeszczepianie cząstek otrzymanych raków na uszy zdrowych królików nie udawało się z powodu ich zropienia.

W drugiej grupie doświadczeń wstrzykiwał autor większej liczbie króliczyc do sutków dziegieć, względnie także wyciąg dziegciowy lanoliny i dziegieć z lanoliną. Początkowo wstrzykiwał dwa razy, następnie raz na miesiąc. Po wyciągu dziegciowym lanoliny powstawały »lakuny« lanolinowe wyścielone śródbłonkiem, następnie guzy wytworzone z dużych jasnych (śródbłonkowych) komórek i wielojądrzaste komórki, nacieki drobnokomórkowe; po wessaniu lanoliny rozwijała się wiotka tkanka łączna, wśród niej zaś nieraz szeregi komórek o charakterze nabłonkowych, potem torbiele i rozszerzenie przewodów gruczołowych.

Po wstrzykiwaniach czystego dziegciu otrzymywał autor obrazy podobne do poprzednich, a nadto bujanie nabłonków powierzchownych i torebek, jak w grupie pierwszej; ostatecznie bujanie to przechodziło w atypowe, rakowe. Te same obrazy otrzymywał autor po wstrzykiwaniu mięszaniny dziegciu i lanoliny. Makroskopowo zmiany występowały pod postacią mniej lub więcej na powierzchni owrzodziałych guzów o średnicy 4—5 cm., zazwyczaj z wałowatym brzegiem. Histologicznie ostatecznie rozwijało się utkanie raka z perłami, często o budowie zrazikowej, a także gruczołowate wybujałości rakowe nabłonka. (*Adenocancroid*). I te nowotwory dawały przerzuty w gruczołach, a zwierzęta ginęły z powodu charłactwa.

Wreszcie u jednej z króliczyc po 23 miesiącach otrzymał w miejscu sutka guz, dochodzący wielkości mandarynki, bez ściślejszego połączenia z podstawą. Histologicznie guz ten składał się z tkanki włóknistej, śluzowej i mięsakowej (wrzecionowato komórkowej). W kilka miesięcy po wycięciu wystąpił w tem samem miejscu nawrót, a w płucach i gruczole pachowym przerzuty. Był to jedyny przypadek włókniako-śluzako-mięsaka na 200 zwierząt użytych do doświadczeń autora.

Ostatecznie autor uważa wynik swych doświadczeń mozolnych za jeden z przyczynków doświadczalnych, potwierdzających dawną teorję Virchowa o znaczeniu drażnienia w powstawaniu nowotworów.

H. Herxheimer. **Wpływ lekkoatletycznych ćwiczeń na cielesny rozwój młodzieży.** Młodzieńcy w wieku l. 16—20 wykonywali 2 razy na tydzień wieczorami lekkie ćwiczenia atletyczne przez 1 do 1 ½ godziny, polegające na biegu w zawodzie, dla młodszych 100—200 dla starszych 400 do 1000-metrowym, dalej na rzucaniu, skokach i na mocowaniu się. Ćwiczenia były tak ułożone, że po nich ćwiczący odczuwali niewielkie przyjemne znużenie. Badanie młodzieży polegało na wywiadach, badaniu wzrostu, wagi ciała, umięśnienia, odżywienia, barwy skóry, odruchów skórnych i ścięgnistych, serca i płuc. Okres spostrzegania wynosił 2 ½ do 4 miesięcy. Spostrzeżenia doprowadziły autora do następujących wniosków: 1. U młodzieńców, znajdujących się w okresie wzrostu, przyrost wagi był w czasie ćwiczeń zmniejszony w przeciwieństwie do rozwoju mięśni, stąd wskazówka, że młodzieńcy, zwłaszcza szybko rosnący, winni umiarkowanie oddawać się ćwiczeniom fizycznym, natomiast odżywianie ich powinno być spotęgowane. 2. Przybytek mięśni uda wynosił w ciągu 3 miesięcy u pilnie ćwiczących dwa razy tyle, co u zaniedbujących ćwiczenia, wdechowa zaś objętość klatki piersiowej była u nich 4 razy większa. 3. Zaburzeń ze strony. serca, tak przedmiotowych, jak i podmiotowych, autor nie mógł stwierdzić u żadnego z badanych, nawet u młodzieńca z wyrównaną wadą serca w zakresie zastawki dwukończystej.

W. N. (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.
Nr. 4. 1921.

Binet. **Pierwsze objawy kliniczne kamicy żółciowej.** Na kilka lat przed wystąpieniem napadów kamicy żółciowej stopniowo rozwija się cały szereg objawów miejscowych i ogólnych, które zsumowane dają możność rozpoznania powstającej choroby. Chauffard wskazał na związek cholesterynemji z kamicą żółciową. Ilość cholesteryny we krwi zwiększa się w okresie miesiączkowania i ciąży, w tych okresach często występują pierwsze napady. Cierpienia żołądka o charakterze odźwiernikowym są bardzo często zwiastunami kamicy; Loeper z tego powodu powiedział: »wobec jakiegokolwiek cierpienia żołądka, trzeba myśleć o pęcherzyku żółciowym; nigdy nie myśli się o nim dostatecznie«. Początkowo w wieku młodym kobiety te wyróżniają się cerą żółtą, kępkami żółtemi na powiekach (*xanthelasma*), cierpią na krwawnice, skarżą się na zaburzenia trawienia ściśle nieokreślone: zaparcie na przemian z rozwolnieniem; objawy tę mogą trwać przez 10 lat, nie zwracając uwagi. W okresie dojrzewania płciowego często bywają napady bólów pęcherzykowo-żołądkowych, które następnie mogą się powtarzać przed, w czasie lub wkrótce po miesiączkowaniu. Bóle te mają charakter podobny, jak przy wrzodzie, skurczu odźwiernika lub nadkwaśności: w nocy potęgują się szczególnie po spożyciu pokarmów tłustych lub bogatych w cholesterynę; różnią się umiejscowieniem i promieniowaniem: bóle o charakterze żołądkowo-pęcherzykowym przekraczają linję mięśnia prostego naprawo, promieniując ku barkowi prawemu i ku 11-mu żebru tej samej strony; dotykanie okolicy pęcherzyka żółciowego wywołuje nudności. Napadom tym często towarzyszy podwyższona ciepłota i lekka żółtaczka, pozatem zawroty głowy, zimny pot, nudności, objawy, jak przy chorobie morskiej, po których w ciągu dnia może nastąpić napad bólów pęcherzykowo-żołądkowych. Stan ogólny chorego po kilku napadach takich pogarsza się znaczniej niż przy cierpieniach odźwiernika. Napady bólów pęcherzykowo-żołądkowych w okresie miesiączkowania są typowe dla powstającej kamicy żółciowej. Migreny, występujące po pokarmach tłustych i bogatych w cholesterynę, są często pierwszymi zwiastunami, szczególnie w rodzinach obarczonych tem cierpieniem. Wzruszenia moralne i zmęczenie mogą tylko wyjątkowo wywołać napad bólów żołądkowo-pęcherzykowych, przy cierpieniach wyłącznie żołądkowych.

Chemizm żołądka przy cierpieniach pochodzenia pęcherzykowego może wykazywać kwasotę normalną lub nadkwaśność.

Badanie rentgenologiczne wykazuje przemieszczenie żołądka ku wątrobie: biegnie on wzdłuż jej brzegu dolnego; położenie to zmienia się w kilka tygodni po przebytem zapaleniu przewodów żółciowych lub po napadzie kolki wątrobowej. Choroby zakaźne, grypa, szczególnie choroby jelit, przebyte w wieku dziecięcym, mogą być pierwszemi przyczynami zaburzenia sprawności wątroby. *Radoszewska* (Warszawa).

Gruźlica.

Zeitschrift für Tuberkulose.
T. 34. Zeszyt 3|4. 1921.

F. Helm. **25 lat działalności niemieckiego komitetu centralnego do walki z gruźlicą.**

S. Gräff. **Anatomja patologiczna i badanie kliniczne suchot płucnych.** Autor stawia pytania: czy w klinice suchot ma być nadal uwzględniana myśl anatomiczna; jaką wartość w badaniach klinicznych posiada preparat anatomiczny. (Tak sformułowane pytanie jest zrozumiałe dla tych jedynie, którzy znają współczesny kierunek badań gruźlicy; rolę główną wielu badaczy przypisuje sprawom odpornościowo-biologicznym, na dalszym planie stawiając badania morfologiczne. Hayek np. pisze: «obecna medycyna szkolna z jej przeważnie patologiczno-anatomicznem ujmowaniem choroby stanęła właśnie w zakresie gruźlicy na martwym punkcie»).

Zdaniem autora klinicysta, stara się wyobrazić sobie preparat anatomiczny, dąży do rozpoznania anatomicznego, które mu pozwoli na wnioski co do rokowania i leczenia. Dlatego klinicysta powinien się trzymać klasyfikacji anatomo-patologicznej.

Główną wartość tej pracy stanowi danie dowodu, że i miejsca i rozmiarów zmian w płucach nie należy określać według płatów, jeno według pól. Za pomocą odpowiednich rysunków wykazuje autor, że dokładna projekcja określonych okolic płuca, leżących w różnej głębokości, na płaszczyznę klatki piersiowej jest najczęściej niemożliwa, a dotąd przyjęte określenia topograficzne mylne.

C. Flügge. **Znaczenie kropelek, rozpryskiwanych przy kaszlu, dla szerzenia gruźlicy.** Ponowne, szeroko uzasadnione przypomnienie roli tego momentu etjologicznego, zamało jeszcze dotąd uwzględnianego przy zapobieganiu chorobie.

M. Kirchner. **Wzrost gruźlicy w czasie wojny i jego powody.** Pierwszorzędna praca statystyczna, zawierająca wielką liczbę tablic i wykresów; nie nadaje się do streszczenia.

K. E. Ranke. **Śmiertelność z gruźlicy w Bawarji i Monachjum przed i po wojnie.** O tej pracy powiedzieć trzeba to samo, co i o poprzedniej.

Thiele. **Przemysł ceramiczny i gruźlica.** Różnorodność warunków pracy w tym zawodzie naraża robotnika w stopniu rozmaitym. Badanie kliniczne wykrywa obecność zmian gruźliczych u bardzo wielu robotników, którzy albo nie uważali się wogóle za chorych, albo nie znali charakteru swego cierpienia. Do zawodu ceramicznego powinni być przyjmowani ludzie ze zdrowemi płucami.

F. Nenfeld. **O odporności na gruźlicę.** Praca doświadczalna i krytyczna. Wynikiem jej jest twierdzenie, że pasorzyt gruźlicy należy do grupy wywołujących trudno i tylko w małej ilości powstawanie przeciwciał swoistych. Przy gruźlicy mamy wyraźnie rozwiniętą nadczułość, ale słabo rozwiniętą odporność.

A. Bier. **O leczeniu zachowawczem tak zwanej gruźlicy chirurgicznej.** Światło (słońce) i pewne rodzaje światła sztucznego, przekrwienie bierne, jod wewnętrznie, temi środkami leczy Bier gruźlicę chirurgiczną.

F. Sauerbruch i A. Brunner. **Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.** Opis wyników leczenia, ze szczególnem uwzględnieniem torakoplastyki pozaopłucnowej. Śmiertelność bezpośrednia (w ciągu 4 tygodni po operacji) wynosi 7 %. Poprawę osiągnięto w 42 % przypadków; pogorszenie w 25 % przypadków.

Na 381 przypadków operowanych uzyskano wyleczenie (oceniane po upływie dłuższego czasu od chwili operacji) w 35 %.

Uhlenhuth i Hailer. **Nowe próby niszczenia laseczników gruźlicy w plwocinach.** Działanie współczesne mieszaniny kilku fenolów i pewnych substancji zasadowych może szybko zabić laseczniki Kocha. Najtańszą z takich mieszanin jest kombinacja krezolu i 15 % ługu sodowego, używana w stosunku 1 na dwie części plwocin. Całe zagadnienie nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte.

S. Romberg. **O objawach miejscowych i ogólnych, szczególnie o białym obrazie krwi w przebiegu różnych rodzajów przewlekłej gruźlicy płuc.**

Autor proponuje następujący podział przewlekłej gruźlicy płuc:

I. Tuberculosis pulmonum exsudativa:
a) bronchopneumonia;
b) pneumonia.
II. Tuberculosis pulmonum productiva:
a) productiva sensu strictiori;
b) cirrhotico — productiva.
III. Tuberculosis pulmonum cirrhotica.

Nie wszystko jednak nam mówi sam charakter sprawy anatomicznej; również ważny jest odczyn ogólny (gorączka, stan ogólny, waga itp.).

Jako wyraz odczynu należy uznać zmiany we krwi, właściwie zmiany w składzie białych ciałek.

Wyniki ogólne swych poszukiwań w tym kierunku zestawił autor w niniejszej tabliczce.

Okres choroby	Leukocytoza	Neutrofilja	Przesunięcie na lewo (Arneth)	Limfocytoza	Eozynofilja samoistna ponad 400 (albo zwiększenie wyraźne eozynofilów po tuberkulinie)
0	O (+)	O	O	+	+ albo O
1	O	O	O (+)	O	+
2	+	O	O (+) +	O	+
3	+	O	O (+) +	O	O
4a	+	+	O (+) +	O	O
4b	O	O	O (+) +	Limfopenia	O
5	O	+	O (+) +	„	O

Schemat nie wyczerpuje wyników omawianych badań, które mają znaczenie dopiero przy rozpatrywaniu ich w związku z innemi objawami klinicznemi. *S. Sg* (Łódź).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.
T. 30. 5 i 6.

K. Kassowitz. **O wpływie odżywiania na długość ciała i stan odżywienia.**

O. Huber. **Dziewczynka przedwcześnie urodzona, o wadze 760 gr., obecnie już jako 8-letnia.**

E. Nobel i R. Waguer. **Mleko sproszkowane jako pożywienie dla dzieci.** Można go użyć zastępczo lub jako dodatku do pokarmu, lecz tylko wówczas, jeśli jest preparatem wypróbowanym, bez zarzutu i gdy brak mleka świeżego. Pożywieniem leczniczem dla różnych przypadłości wieku niemowlęcego nie jest ono bynajmniej. Jego zaletę stanowi dogo-

dność stosowania w porze upalnej, niebezpieczeństwo psucia się jest bardzo małe, przesyłka stosunkowo bardzo tania, przygotowanie pokarmu łatwe. Wartość przeciwgnilcowa, mimo wysuszenia, utrzymana, jak to się okazało w 7 przypadkach choroby Barlowa. Przy żywieniu niem, należy się kierować zapotrzebowaniem ilościowem. Wypróbowano mleko ameryk. »*Dryko*« i australskie »*Glaxo*«.

A. Mendelssohn. **Doświadczenia z zupą zaprażkową Czernego-Kleinschmidta.** Niepomyślne wyniki przy użyciu powyższego pokarmu zniewoliły autora do zaniechania odżywiania nim dzieci chorych, niedożywionych. Zapewne u niemowląt zdrowych można z korzyścią posługiwać się tym pokarmem, jak to świadczą wszystkie publikacje zachwalające.

St. Engel. **W sprawie ostrych zaburzeń odżywiania u niemowląt.** W przebiegu lub pod koniec cięższych zaburzeń odżywiania zjawiają się wymioty krwawe, fusowate. Treścią tych krwawień jest globina+hematyna, powstałe z hemoglobiny w żołądku. Oprócz krwawień, zjawia się w żołądku chorych niemowląt obfita ilość kwasu żołądkowego i gruba warstwa ciągnącego się śluzu. Zdaniem autora, należy te zjawiska uważać za zaburzenia w równowadze układu wegetatywnego. Stan nerwu błędnego nie jest w tych przypadkach opracowany.

E. Fürstenau. **W sprawie ostrych zaburzeń odżywiania w wieku niemowlęcym.** (Utajone krwawienia przewodu pokarmowego u oseska). Tak u niemowląt z ciężkiem schorzeniem przewodu pokarmowego, jak i z lekką niestrawnością, żywionych bądź to piersią, bądź też sztucznie, można było wykazać utajone krwawienie za pomocą próby benzydynowej lub guajakowej. Ustalono, że w powstawaniu tych krwawień ważną rolę odgrywa podrażnienie układu wegetatywnego; wprowadzono przeto dla experymentu per os niemowlętom pilokarpinę i badano zawartość kału na obecność krwi. Zbadano 48 dzieci. Działanie pilokarpiny można scharakteryzować w następujący sposób: po małych dawkach (0.005) występowały nieznaczne krwawienia utajone, przy dobrym stanie badanych niemowląt, po większych przychodziło do gwałtownego rozwolnienia i wymiotów, nie było zaś krwawień. Krew ukazująca się nie pochodziła z żołądka, ale zdaje się z jelit, a mianowicie z naczyń rozszerzonych pod wpływem pilokarpiny. Raz więc występowało działanie na ściany naczyń, to znów na mięśnie gładkie. Młode świnki po 0,01 pilokarpiny ginęły wśród gwałtownych rozwolnień, a badania pośmiertne nie stwierdzały ubytków na błonach śluzowych, tylko przepełnienie krwią naczyń śluzówki żołądka i jelit cienkich. Experyment ten tłomaczy szereg zmian w obrazach klinicznych, od zwyczajnej dyspepsji aż do zatrucia (*toxicosis*). Krwawienia zjawiały się i wówczas, gdy z pomocą makowca można było u zwierząt wykluczyć wzmożony ruch robaczkowy jelit.

F. Edelstein. **O badaniu sfałszowań mleka kobiecego.**

G. B. Gruber. **O obrzęku gruczołów mlecznych u noworodków.** Studjum z zakresu histologji anatomji gruczołów mlecznych i rozważania nad rolą poszczególnych tkanek tego narządu.

E. Helmreich i B. Schick. **Studja nad odżywianiem noworodków.** IV. komunikat. Próby dokarmiania noworodków różnymi pokarmami, jakoto: pełnem mlekiem, mlekiem z 8.5 % cukru, papką złożoną z mąki, cukru i masła, wraz z mlekiem z 17 % cukru, wreszcie mlekiem sproszkowanem ocukrzonem. Mleko pełne, bądź z 8.5 % cukru, okazało się najlepszym dodatkiem. Wynik dokarmiania będzie o tyle lepszy, o ile więcej pożywienia stanowić będzie pokarm kobiecy. Pożywienie z dodatkiem tłuszczu, znoszą dzieci rozmaicie, nieraz źle, daleko lepiej wyzyskują pokarmy z przewagą węglowodanów. Dokarmianie noworodków mlekiem sproszkowanem w odpowiedniej postaci nie jest szkodliwe.

Progulski. (Lwów).

Chirurgja.

The Lancet.
Listopad 1921.

Burroughs. **O promieniach wolframowych.** Promienie te znalazły zastosowanie lecznicze dopiero w ostatnich czasach. Łuk wolframowy, poza światłem i ciepłem, wysyła liczne promienie pozafjoletowe, będące poza granicami dostrzegalnego widma. Doświadczenia wykazały, iż posiadają one dużą własność bakterjobójczą. Autor od pół roku pracuje lampą zaopatrzoną w dwie elektrody z czystego wolframu przy prądzie o 100 woltach i 5-ciu amperach. Najlepsze wyniki otrzymuje się w ropieniach powierzchownych, gdzie wyleczenie całkowite następowało po 8—12 posiedzeniach. Między innemi uporczywy wrzód żylakowy zagoił się po 8-iu naświetlaniach, a pół roku trwające ropne zapalenie gruczołów chłonnych szyji z przetokami i naciekami ustąpiło po 14-stu posiedzeniach.

Najlepszą przyszłość mają promienie te w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, połączonego z przytępieniem słuchu. W tym razie stosuje się specjalną metodę, polegającą na tem, iż kilka minut naświetla się okolicę wyrostka sutkowego i tyleż wnętrze jamy bębenkowej za pomocą specjalnego wziernika usznego. Oczy chorego i lekarza muszą być zasłonięte uszczelnionemi szkłami niebieskiemi. Bardzo dobre wyniki otrzymano przy »*otosclerosis*«, gdzie leczenie polegało na naświetlaniu co drugi lub co trzeci dzień, a czas ekspozycji doprowadzono do 2 i pół minut na wewnątrz i 1 i pół minuty na zewnątrz. Poprawa słuchu następowała zasadniczo po 5-ciu naświetleniach, często nawet wcześniej. W przypadkach nieżytu trąbki Eustachiusza lub górnych dróg oddechowych wziewanie gazów wydzielanych przez promienie wywierało wpływ dobroczynny na sprawę kataralną. Serja lecznicza składa się z 8—12 naświetlan, poczem, o ile zachodzi potrzeba dalszego leczenia po 2-ch tygodniach przerwy, przystępuje się do drugiej serji.

Na zakończenie swej notatki autor podaje szczegółowe tablice naświetlań w trzech przypadkach *otitis media*, gdzie osiągnięto nadzwyczaj efektowne wyniki tak co do opanowania sprawy ropnej, jak i co do opanowania głuchoty.

(Przyp. ref. Wiadomo, iż stosowane do tej pory przeciw zwyrodnieniu włóknistemu ucha naświetlania promieniami X, rtęciowemi lampami itp., dają wyniki bynajmniej nie zachęcające, to też nadzwyczajne wyleczenia pod wpływem promieni wolframowych winny zachęcić nas do wypróbowania ich — trudnych do wiary — leczniczych własności).

Pringle i inni. **Owrzodzenia przełyku.** (J. of Path. a. Bact. tom 24). Pooperacyjne wymioty masami czarnemi są znane dobrze chirurgom, którzy oceniają je jako objaw dający złe rokowanie. Dociekania klinicystów w Glasgowie wykazały, że w wielu razach owe wymiociny pochodzą nie z żołądka, lecz z przełyku, a to na skutek owrzodzenia (na podobieństwo wrzodu trawiennego) błony śluzowej przez treść żołądkową, która, opuściwszy żołądek, częściowo tylko zostaje wydalana na zewnątrz i w znacznej ilości zatrzymuje się w przełyku. Obrażenia, o których mowa, bywają najrozmaitszej głębokości: od powierzchownych warstw błony śluzowej aż do przedziurawień na wylot. Spostrzegano samoistne wyleczenia wrzodów przełykowych.

Z obserwacji tych wyprowadza się wniosek ten, że u chorych, zwłaszcza ciężkich, należy przełyk po wymiotach wypłukać w ten lub inny sposób. *E. Lewenstern.* (Warszawa).

Położnictwo i ginekologja.

Gynécologie et obstetrique.
1921. Nr. 4.

Jean Cottalorda. **Zaśniad groniasty, nabłoniak kosmówkowy i torbiele luteinowe jajnika.** Praca opiera się nie na własnych spostrzeżeniach, tylko na statystycznych zestawieniach z piśmiennictwa powyższego przedmiotu. Autor stwierdza naprzód fakt powszechnie znany, że złośliwy nabłoniak kosmówkowy rozwija się badrzo często w macicy, która wydaliła zaśniad groniasty lub nawet wśród rozwoju zaśniadu. Ze statystyk wynika, że około 50 % złośliwych nabłoniaków rozwija się w związku z zaśniadem. (Liczba ta jest zapewne w rzeczywistości znacznie wyższą; przypisek referenta). Z drugiej strony przytacza autor statystyki, z których wynika, że 9 % zaśniadów groniastych kończy się wcześniej lub później rozwojem nabłoniaka. Rozpoznanie tego nowotworu jest bardzo trudne, przebieg jego zaś bardzo złośliwy i szybki, wskutek czego wyniki lecznicze, operacyjne są mało zachęcające (54.7 % przebiegów śmiertelnych).

Co do torbieli luteinowych, to mają one towarzyszyć w 59 % przypadków rozwojowi zaśniadu, a w 9.4 % przypadków rozwojowi złośliwego nabłoniaka.

Autor zadaje sobie pytanie, czy istnienie tych guzów jajnikowych u osób z zaśniadem nie dowodzi skłonności do rozwoju złośliwego nabłoniaka, i czy stwierdzenie ich istnienia nie dałoby się zużytkować w ocenie wskazań leczniczych.

Autor przypuszcza, że ciałko żółte działa antytoksycznie przy zatruciu ciążowem, że więc przeto rozwój torbieli luteinowych dowodzi obrony ustroju wobec silniejszego i dłużej trwającego zatrucia, wywołanego przez zaśniad, a szczególnie przez rozwój nabłoniaka złośliwego. Torbiele luteinowe znikają nie rzadko po urodzeniu się zaśniadu; w tych przypadkach widocznie zatrucie kończy się z wydaleniem zwyrodniałego jaja. W innych przypadkach torbiele nie znikają, w innych wreszcie dopiero po wydaleniu zaśniadu róść zaczynają: tam trwa lub powstaje zatrucie i tam przypuszczać można rozwój złośliwego nowotworu. Tak więc torbiele luteinowe, o ile trwają po wyjściu zaśniadu, wskazują potrzebę operacji doszczętnej. Tembardziej naturalnie, jeśli dopiero po wyjściu zaśniadu zaczynają się rozwijać.

Zużytkowanie tego wskaźnika złośliwości pozwoli przystąpić do operacji nie za późno.

Monatsschrift f. Geb. u. Gynaek.
T. LIV.

Rud. Th. v. J a s c h k e. **O czynnikach zapobiegających wytwarzaniu się zakrzepów pooperacyjnych.** Zastanawiając się nad przyczyną powstawania zakrzepów pooperacyjnych, J a s c h k e zgadza się zasadniczo z wywodami Z w e i f l a i dochodzi do przekonania, że, ażeby uniknąć wytwarzania się zakrzepów należy:

1) W okresie przedoperacyjnym starać się w pierwszym rzędzie o podniesienie sprawności naczyń i mięśnia sercowego przez systematyczne podawanie naparstnicy. Ma to dominujące znaczenie, zwłaszcza u osób starszych i wyczerpanych.

2) W czasie zabiegu operacyjnego starać się operować bezkrwawo przez skrupulatne podwiązywanie naczyń. Zaniechać podwiązek masowych, a podwiązywać każde naczynie z osobna, możliwie bez użycia kleszczyków zaciskowych, miażdżących ścianę naczynia.

3) Zachować jak najdalej posuniętą aseptykę, zamykać szczelnie brzegi przeciętej pochwy i pokrywać je otrzewną, aby w ten sposób ochronić pole pooperacyjne od wtargnięcia drobnoustrojów chorobotwórczych.

4) W okresie pooperacyjnym pozwalać chorym ile możności wcześnie (2—5 dzień) wstawać, a jako uzupełnienie wczesnego wstawania zalecać ruchy bierne, mięsienie i gimnastykę oddechową. Trzy te sposoby mają znaczenie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie wczesne wstawanie jest przeciwwskazane. *Szancenbach* (Kraków)

Archiw f. Gynaekologie.
Tom 114. Z. 1.

A. S e i t z. **O operacyjnem leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy ze szczególnem uwzględnieniem sposobu operowania, wskazania i trwałości wyników.** V a n d e V e l d e w roku 1910 zestawił nie mniej, jak 217 metod leczenia zmian w położeniu macicy, co dowodzi, że operatorzy często byli niezadowoleni z wyników leczenia podług starych i ciągle modyfikowanych metod. Autor na podstawie 567 przypadków z lat 1912—1919, omawia sposób operowania, wskazania i trwałość wyników, zaznaczając, że w 410 przypadkach stosował metodę D o l é r i s'a - S c h a u t y w 80, ventrofixatio O l h a u s e n a i w 77 wewnątrzotrzewnowe skrócenie więzadeł podług L a n g e s'a. Do operacji wybierano tylko przypadki ze stwierdzonemi lub oczekiwanemi powikłaniami, które wymagały otwarcia jamy brzusznej; nieraz przytem dołączano plastykę mięśni dźwigaczy w razie znacznego zwiotczenia mięśni dna miednicy po odbytych porodach. Te trzy metody stosowano również przy wypadnięciach macicy u kobiet, mogących jeszcze rodzić. Z 567 operowanych zbadano 258 po pewnym czasie — od $^1/_2$ roku do 8 lat — co do trwałości wyniku z następującym wynikiem: w przypadkach tyłozgięcia bez opadania pochwy 69·3% dało wynik pod względem czynnościowym i anatomicznym dobry; w przypadkach, gdzie obok »ventrosuspensio« podług D o l é r i s a - S c h a u t y wykonano i plastykę dźwigaczy, wynik, był w 93·1% dobry, w 6·9 był nawrót tyłozgięcia, a w 13·8% nawrót obniżenia. Dla porównania przytacza autor statystykę H ö l d e r a (z kliniki w Tübingen) przypadków operowanych metodą A l e x a n d e r - A d a m s'a, który stwierdza 37·21% czynnościowych niepowodzeń tej metody, gdy u S e i t z a liczba ta dochodzi do 60%. Nawroty miał H ö l d e r przy tej metodzie w 23,76% przypadków. Metodę D o l é r i s a - S c h a u t y stawia wobec tego autor wyżej od metody A l e k s a n d e r - A d a m s a. Metodę O l s h a u s e n a rezerwuje autor dla przypadków w okresie przekwitania. Co do wskazań do operacji, to S e i t z trzyma się następujących zasad:

1) Niepowikłane tyłozgięcie nie wymaga leczenia, szczególnie w razie nieświadomości chorej pod tym względem.

2) W każdym przypadku należy zbadać, czy niema nerwicy, niedokrwistości lub t. zw. stanu astenicznego (*habitus asthenicus*).

3) Przy zabiegach w małej miednicy drogą brzuszną należy dla lepszego wyniku poprawić położenie macicy.

4) Poprawienie położenia macicy jest konieczne dla zapewnienia wyniku plastycznej operacji przy obniżeniu i wypadaniu macicy i pęknięciu krocza trzeciego stopnia.

5) Przy niepłodności i poronieniu nawykowem łącznie z dyscysją.

6) Przy tyłozgięciu ustalonem, jeżeli są dolegliwości.

Ostatecznie autor dochodzi do wniosku, że operacyjne leczenie tyłozgięcia najczęściej jest wskazane przy powikłaniach i, jako najlepszą w tych razach, zaleca metodę D o l é r i s a - S c h a u t y. *Polakowski* (Kraków).

Choroby uszu i gardła,

Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo — Rhinologie.
1921. Wrzesień, Z. 9.

G. A l e k s a n d e r. **Organizacja służbowa szkolnych lekarzy usznych.** Dokładny opis czynności usznych lekarzy szkolnych we Wiedniu.

C e m a c h. **Fototerapja przy ostrem zajęciu wyrostka sutkowego.** Autor poleca gorąco naświetlanie każdego ostrego zajęcia wyrostka sutkowego, rozumiejąc jako ostre takie przypadki, przy których wyciek ropny z ucha środkowego nie trwa dłużej, aniżeli cztery tygodnie, objawy zajęcia wyrostka sutkowego nie więcej, aniżeli 6 dni, a ciepłota nie przekracza 37,8°. Ostre nawroty przewlekłych spraw nie tworzą przeciwwskazania.

D e m e t r i a d e s. **Ślimakowo-powiekowy odruch u noworodków.** Wyniki swych badań określa autor w następujący sposób; 1) odruch uszno-powiekowy występuje w ogólności między 4 — 6 godziną życia pozapłodowego; 2) u niedonoszonych (między 7 — 8 mies. księżyc.) zauważyć można znaczne opóźnienie występowania odruchu, który dopiero staje się widoczny między 6 — 8 dniem; wyjątkowo może się zjawić wcześniej o 15 godzin lub też później 12 lub 19 dni po urodzeniu; 3) przy kile dziedzicznej występuje odruch bądź to prawidłowo, bądź to w czasie spóźnionym; 4) bardzo rzadko może u osesków zupełnie zdrowych odruch nie występować i do dni 20,

F i s c h e r. **O ruchach gałek ocznych, dających się wywołać z narządu słuchowego.** Podając kilka przypadków histerji wysnuwa z nich autor wniosek, że u pewnych osobników można i błędnik uważać za miejsce analogiczne do znanych histerycznych punktów uciskowych, jak sutki, jajniki itd.

F r ü h w a l d. **O naczyniaku krtani.**

M a r s c h i k. **Resekcja i plastyka tchawicy ze szczególnem uwzględnieniem resekcji poprzecznej.**

W e i s s. **O pęcherzycy dróg oddechowych górnych.** Podanie trzech przypadków, z których niezwykłym jest przypadek pierwszy pęcherzycy przewlekłej, gdzie następowe zbliznowacenie sprowadziło bardzo znaczne zwężenie wejścia do krtani

Październik Z. 10.

A. K e s t e n b a u m. **O mechanizmie oczopląsu.** Autor omawia szczegółowo mechanizm oczopląsu, pochodzenia nie przedsionkowego, a więc mechanizm ustalenia gałek ocznych,

(*Einstellmechanismus*) i mechanizm utrwalenia wzroku (*Fixationsmechanismus*) i zaburzeniami w odpowiednich mechanizmach tłómaczy powstawanie oczopląsu przy ustaleniu gałek ocznych (*Einstellnystagmus*) i oczopląs, powstający przy utrwaleniu wzroku (*Fixationsnystagmus*); do kategorji tego ostatniego zalicza oczopląs albinosów, górników, oczopląs utajony i powstający na tle częściowych zaburzeń rozwojowych. Jako jedyny oczopląs, powstający na tle prawidłowego mechanizmu utrwalenia wzroku uważa tak zwany kolejowy (*Eisenbahnnystagmus*). W końcu uważa podział oczopląsu na optyczny, centralny i przedsionkowy za nieodpowiedni i zaleca właśnie ze względu na mechanizm powstawania podział na 3 grupy: przedsionkowy, ustalenia (gałek ocznych) i utrwalenia (wzroku), przyczem w każdej grupie może źródło chorobowe znajdować się albo obwodowo, albo centralnie.

N.-F. Popoff. **Przyczynek do preparowania błędnika błoniastego.**

W. Sternberg. **Analiza elementarna mowy.**

A. Hofvebdahl. **O zwalczaniu zatrucia kokainą.** Na podstawie swoich doświadczeń na psach, kotach, królikach, świnkach morskich a ostatnio i na małpach dochodzi autorka do następujących wniosków: 1. działanie na pewne śmiertelnej dawki kokainy może zostać zniesione przez podanie odpowiednich środków przeciwskurczowych, 2 ze środków nasennych okazał się weronalan sodowy (*Natrium diaethylbarbituricum*) skuteczniejszym, aniżeli wodzian chloralowy i skopolamina, 3) środki te działają tem pewniej, im wcześniej je podano, względnie im szybciej nastąpiło ich wchłonienie, wobec czego w okresie skurczów może być skutecznem jedynie wstrzykuięcie wśródżylne.

Po wystąpieniu objawów zatrucia środki używane, jak *Amylum nitrosum* i roztwór fizjologiczny soli kuchennej, są bezskuteczne, a morfina wprost przeciwwskazaną. Na tej podstawie podaje autorka szereg wskazówek praktycznych, a mianowicie radzi: 1 zapobiegawczo podawać na pół godziny przed znieczuleniem miejscowem 0·5 weronalanu sodowego, a 2. po wystąpieniu poważnych objawów zatrucia wśródmięśniowe wstrzyknięcie 4 cm^3 20% roztworu sonnifennu. *Lehm* (Lwów).

Medycyna sądowa.

Vierteljahrsch. f. gerichtl. Medizin.

T. 59. Z. 1.

Löwenthal. **Wartość makroskopowego rozpoznania *status thymo-lymphaticus* przy śmierci nagłej i samobójstwie.** Grasica i aparat limfatyczny były dotychczas temi objektami, na które chciano złożyć nieomal że większą część procesów patologicznych. Autor krytykuje zwłaszcza prace Bartla, Miłosławicza, Broscha, Nesttego i innych badaczy, którzy przeważnie tylko makroskopowo rozpoznawali *status thymo-lymphaticus*, nieuwzględniając obrazu drobnowidowego grasicy i aparatu limfatycznego. Omawiając następnie najnowsze zapatrywania na grasicę, autor sądzi, że grasica i aparat limfatyczny zanika dość łatwo przy dłuższych i cięższych schorzeniach i że to jest właśnie powodem, dlaczego stosunkowo tak rzadko stwierdzano przed wojną na stole sekcyjnym grasicę, zwłaszcza u dorosłych. Śmierć nagła, przy której stwierdzono na stole sekcyjnym grasicę, nie jest wynikiem ani *hyperthymisatio* ani też *dysthymisatio*, a tylko dowodem, że nie było dłuższej choroby, któraby miała czas na wywołanie zaniku grasicy. Zapatrywanie Bartla, jakoby limfatyk ulegał łatwiej zakażeniu, jest błędne i dowodzi raczej, że osobnik dotychczas zdrowy uległ zakażeniu tak szybko, że grasica niemiała czasu zaniknąć pod wpływem zakażenia. Powyższy szczegół jest właśnie dowodem, dlaczego Bartel na swoim dużym materjale w przewlekłych przypadkach gruźlicy nie stwierdzał obecności grasicy. Autor sądzi również, że obecność grasicy przy śmierci z narkozy niepozostaje w związku przyczynowym ze śmiercią i że w podobnych przypadkach zupełnie wystarczającą jest dla wytłumaczenia śmierci obecność niedorozwoju naczyń i nadnerczy. Za jedyny zarzut przeciwko swym zapatrywaniom uważa autor obecność grasicy przy chorobie Adisona, schorzeniu wybitnie przewlekłem. Na podstawie bardzo obfitego materjału wojennego i licznych sekcji żołnierzy zabitych na polu walki dotąd zupełnie zdrowych i dobrze znoszących trudy wojenne, często ponad lat 30 nawet liczących, znajdował autor grasicę i wyraźnie zaznaczony aparat limfatyczny i przychodzi do następujących wniosków:

1. *Status thymo lymphaticus* jest objawem pełnego zdrowia ludzi młodych i dobrze odżywionych.

2. Przy śmierci nagłej obecność grasicy i wyraźnego aparatu limfatycznego jest tylko wskaźnikiem, że śmierć nastąpiła u osobnika dotąd zdrowego.

3. Niema podstawy do przyjęcia związku przyczynowego między *status thymo-lymphaticus* a samobójstwem.

Siengalewicz (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. listopada 1921 r.

Przewodniczy: kol. Rosner. Członków obecnych 96.

W poczet członków przyjęto kolegów Jana Gołąba i Jerzego Nadolskiego.

Przewodniczący podaje do wiadomości, iż na ręce Prezydjum wpłynęły od kol. Głuzińskiego z Warszawy i od Towarzystwa lekarzy w Lyonie podziękowania za serdeczne i gościnne przyjęcie.

I Akademja nauk lekarskich w Warszawie zwróciła się, wobec zupełnego wyczerpania ostatniego wydania „**Polskiego słownika lekarskiego**", do krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, jako do wydawcy, z propozycją odstąpienia praw wydawniczych Akademji lekarskiej. Ponieważ koszty nowego wydania przekraczają siły Towarzystwa (wyniosą najmniej 5 miljonów marek), kol. Ciechanowski, referujący imieniem Zarządu Towarzystwa sprawę odstąpienia praw wydawniczych, przedstawia wniosek Zarządu, aby odstąpić te prawa na następujących warunkach: 1) W tytule będzie zaznaczone, iż poprzednie wydania wyszły staraniem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, opracowane przez jego komisje słownikowe. 2) Odstąpienie praw wydawniczych dotyczy tylko jednego wydania. 3) Krakowskie Towarzystwo lekarskie otrzyma tytułem odszkodowanie 20% czystego zysku, osiągniętego z tego wydania. 4) Akademja wypłaci odpowiednie odszkodowanie autorom słownika, a przedewszystkiem prof. Browiczowi i sierocie po ś. p. Domańskim. Wniosek powyższy jednomyślnie uchwalono.

II. Kol. Rosenhauch wygłosił odczyt „**O tarczy wzrokowej**" (będzie ogłoszony osobno).

W dyskusji kol. Talko-Hryncewicz zaznacza, iż badał około 300 czaszek polskich z okolic Krakowa, przeważnie starych, znalezionych na Wawelu. Asymetrja bywa bardzo częstą i znaczną: zarówno kształt oczodołów, jak i ich głębokość, bywają różne. Co do otworu wzrokowego (*foramen opticum*), to badanie jest bardzo trudne: ważną byłaby ocena, czy rasa ma jaki wpływ. Dotąd jednak zrobiono mało i dobrze się stało, że kol. Rosenhauch podjął tę pracę.

III. Kol. Lenartowicz zdaje sprawę z **nieodpowiedniego ekspedjowania leków w aptekach.**

Mowca zaznacza, iż, pomimo ukończenia wojny i powrotu do normalnych stosunków, w aptekach ciągle trwa jeszcze zamieszanie, częstokroć karygodne. Zmienia się samowolnie przepis, zastępuje się jedne środki drugiemi, wydaje się leki wadliwie, a nawet źle przygotowane lub zgoła niesprawdzone, narażając w ten sposób zarówno lekarza, jak i chorego na nieobliczalne wprost skutki. Mowca nawołuje, ażeby wspólnem wystąpieniem położyć kres tej nieprawidłowości.

W dyskusji p. Łuczko, przewodniczący Gremjum aptekarzy krakowskich, zaznacza, że wypadki, o jakich wspomina prof. Lenartowicz, jakkolwiek niestety prawdziwe, zdarzać się będą coraz rzadziej. Wykolejenie, jakie zwłaszcza w zawodzie aptekarskim wprowadziły stosunki wojenne, gdy rząd austrjacki zakazywał wydawania pewnych środków, lub nakazywał zastępować je innemi lub surogatami, zwolna ustępuje. Obecnie jest już znacznie lepiej, choć niektórych środków dotychczas brak. Mowca uważa jednak za rzecz wysoce niewłaściwą samowolne zmienianie receptury. Winę złego ekspedjowania leków ponosi personal aptekarski niedostatecznie wykwalifikowany, gdyż wojna poczyniła tu, jak i wszędzie, znaczne luki. Pewną rolę odgrywa tu także brak odpowiednich ustaw; austrjackie już nie obowiązują, a polskie nie zostały jeszcze opracowane.

Kol. Momidłowski podnosi, iż fakty, że chory otrzymuje zupełnie co innego, niż zapisał lekarz, są na porządku dziennym. Zdaniem mowcy należałoby o tem donosić władzy, gdyż tylko konkretne fakty mogą tę sytuację poprawić, zwłaszcza, gdy winnych będzie się pociągać do odpowiedzialności karnej. W odpowiedzi na pytanie kol. Boczara, czemu zniesiono kopjowanie recept, kol. Momidłowski zaznacza, iż w tym kierunku nie było przepisu kopjowania, był to tylko dobry zwyczaj, chroniący zarówno lekarza, jak i aptekarza od ewentualnej odpowiedzialności; kopjowanie jednak w przepisach polskich będzie obowiązkowe.

Kol. Strzemieński podkreśla, że obowiązkiem aptekarza jest wydanie tych leków, jakie były zapisane, nie wolno zastępować ich innemi bez poprzedniego porozumienia się z lekarzem, który zapisał receptę. W przeciwnym razie ma aptekarz obowiązek przyznać, że recepty wykonać nie może.

Inspektor Muthsam sądzi, że zapobiedz nadużyciom można tylko w ten sposób, gdy o każdym fakcie nieprawidłowej ekspedycji doniesie się władzom. Urząd wojewódzki krakowski już w maju wydał odpowiedni okólnik do podwładnych sobie władz, aby zaprowadziły nadzór nad właściwem wykonywaniem recept. Wydano również okólnik, zalecający kontrolę leków sprowadzonych z zagranicy, które częstokroć przychodzą zafałszowane, jak niedawno salwarsan.

Kol. Strzemieński przedstawia wniosek następujący: „Krakowskie Tow. lekarskie zwraca się do Gremjum aptekarzy z usilną prośbą, aby z większą niż dotychczas energją czuwało nad prawidłowem wydawaniem leków". Wniosek jednogłośnie przyjęto.

W dyskusji zabierali ponadto głos kol. Lenartowicz i p. Łuczko. *Szancenbach*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXX. Posiedzenie naukowe z dnia 2. grudnia 1921 r.

Przewodniczy: kol. Nowicki. Obecnych 51.

Przed obradami zebrani uchwalają wysłać delegatów na uroczystość stulecia warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i złożyć cegiełkę na fundusz odbudowy zamku królewskiego na Wawelu.

1. Kol. Fleischerowa omawia kliniczny obraz cierpienia *osteoperiostitis toxica ossificans*, uwzględniając szczegółowo odrębność tej jednostki chorobowej od akromegalii.

2. Kol. Vrabetz objaśnia roentgenowskie obrazy powyższego przypadku, określając na ich podstawie nazwę schorzenia jako „*polyosteoperiostitis hyperplastica*". W dyskusji przemawiał kol. Węgrzynowski.

3. Kol. Brauner przedstawia chorego z cierpieniem Marie-Strümpell-Bechtierewa, do którego to rozpoznania dochodzi przez wykluczenie *spondyloarthritis deformans, syphilitica, osteomyelitica i traumatica*. W dyskusji przemawiali koledzy Vrabetz, Stauber i Węgrzynowski. Kol. Franke i Pisek podkreślają bezsilność usiłowań leczniczych w tem cierpieniu.

4. Kol. Janusz wygłasza odczyt: „Odczyn wiązania dopełniacza w obecności antygenu Besredki, jako metoda serodjagnostyki gruźlicy". (Rzecz drukowana, jako sprawozdanie poglądowe, w Nr. 1. „Polskiej Gazety lekarskiej").

W dyskusji przemawiali koledzy: Gąsiorowski, Steusing, Opieński, Gröer, Nowicki i prelegent.

A. Zakrzewski sekretarz.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 grudnia 1921 w Pszczynie.

Obecnych 32 członków.

Po raz pierwszy zjawiają się w jednym szeregu z Górnoślązakami lekarze ziemi Cieszyńskiej, których wita prezes towarzystwa kol. Hanke w słowach gorących, życząc połączonej dzielnicy i jej lekarzom dobrej przyszłości.

Koleka Buzek z Dąbrowy, przypadłej Czechom, wspomina dzieje udręki w obu połowach Śląska, w jednej srożył się but pruski, a w drugiej czarnożółty dwugłowy orzeł habsburski. Musiała dopiero przyjść pożoga wojny i strugi krwi odkupieńczej, aby obie te połowy zespolić na wspólną dolę i niedolę.

Część naukowa: Kol. Rogaliński z Pszczyny, zdaje sprawę o rzadkich przypadkach bezładu dziedzicznego, zwanego chorobą Friedreicha, (*ataxis spinalis hereditaria*). W rodzinie robotnika leśnego w powiecie pszczyńskim, ojciec i matka zdrowi pod względem systemu nerwowego. Pięcioro dzieci, najstarszy syn zdrów, ma już własną rodzinę również zdrową, drugi syn zmarł przed rokiem na chorobę Friedreicha. Pozostało troje dzieci: dwaj synowie i córka chorują na wymienione cierpienie. Aż do ośmiu lat zawsze zdrowi, odtąd rozpoczynają się zmiany, chód zaczyna być niepewny, chwiejny, młodzi chorzy mają wrażenie, że są pijani. Mięśnie odnóży zanikają i chorzy przestają wogóle chodzić, poczem zjawiają się zmiany kręgosłupa i objawy zwyrodnienia (stopa końsko-szpotawa, skrzywienie kręgosłupa tylnoboczne). Władze umysłowe nieuszkodzone. Bystrość umysłu zupełnie zachowana, może nawet zaostrzona inteligencja, jak na ludzi z małem wykształceniem. Mowa skandowana, oczopląsu brak. Odruch źrenicowy prawidłowy, odruchy ścięgniste zanikły. Odruch Babińskiego pozytywny. Funkcje pęcherza i odbytnicy osłabione. Anatomja patologiczna i etjologja na razie są niejasne, obwiniają 0 to alkoholizm i kiłę ojców. Podstawą schorzenia mają być zmiany podobne do wiądu rdzenia, przyczem szczególnie atakowane są drogi tylne (Golla) i drogi móżdżkowe. W dyskusji zabiera głos kol. Hager, który zapytuje się, dlaczego schorzenia tego nie należy uważać za zanik postępowy mięśni, a właśnie za bezład Friedreicha, zaczem przemawiałby szczególnie brak symptomów móżdżkowych. W sprawie etjologji choroby Friedreicha, uważa kol. Rostek ciężkie porody przy wązkiej miednicy za powód do późniejszych objawów choroby, czemu kol. Parczewski przeczy, twierdząc, że tyle jest wązkich miednic, a tak mało ataksji dziedzicznych.

2. Kol. Hessek zdaje sprawę co do dotychczasowej działalności Wydziału Zdrowia publicznego w obronie praw lekarzy na Górnym Śląsku. Przedstawia dotychczasowe upośledzenie na każdym kroku lekarzy Polaków i jego powody. Przyszłość dla lekarzy przedstawia się jaśniej, przedewszystkiem wszystkie placówki lekarzy państwowych, tak w szpitalach jak i w powiatach, zostaną obsadzone lekarzami Polakami. W gwarectwie dąży się do podziału na strefę polską i niemiecką. W polskiej części musi się przeprowadzić naczelnego lekarza Polaka, którego zadaniem będzie przy pomocy wszelkich możliwych środków, *per fas et nefas*, aby największą ilość lekarzy Polaków zaangażować. Lekarze Niemcy w ilości 400, jak podają, w obronie swoich dotychczasowych tłustych posad wytworzyli organizację samoobrony i pragną nie ustępować, ale wytrwać aż do połączenia ponownego z Niemcami, co, ich zdaniem, ma wkrótce nastąpić. Wydział Zdrowia podjął wszelkie możliwe kroki w Komisji Granicznej i Gospodarczej, ustanowionej rozstrzygnięciem genewskiem, aby prawa lekarzy Polaków dostatecznie zabezpieczyć i wydobyć z majątku szpitalnego i zakładowego wszystko, co się należy.

Kol. Pawelec zabiera w tej sprawie głos i radzi, aby, tych lekarzy Niemców, którzy przybyli po roku 1908, wydalić jako „*lästige Ausländer*", i zwraca uwagę na artykuły Śląskiej Izby Lekarskiej, przesiąkniętej jadem nienawiści do wszystkiego, co polskie. *K. Hessek*, sekretarz.

Pierwszy zjazd okulistów polskich.

Dnia 16 i 17 grudnia 1921 odbył się w Warszawie w lokalu Stowarzyszenia lekarzy polskich pierwszy zjazd okulistów polskich. Udział był bardzo liczny i zgromadził prawie wszystkich okulistów z całej Polski.

Otwarcia zjazdu dokonał, w zastępstwie inicjatora i organizatora zjazdu Dr. Gepnera, kierownik instytutu oftalmicznego w Warszawie, Dr. Kamocki, wskazując na cel zjazdu, który ma ożywić tętno pracy naukowej w zakresie okulistyki, mającej w Polsce świetne tradycje. Odczytał również pismo powitalne Dra Gepnera, któremu stan zdrowia nie pozwolił na uczestniczenie w zjeździe. Imieniem Rządu i Ministerstwa zdrowia publicznego powitał uczestników zjazdu p. minister Chodźko, imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich przemawiał prezes stowarzyszenia Dr. Bączkiewicz, imieniem departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wojskowych płk. Zembrzuski. Dalej przemawiali Dr Koliński imieniem Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, Dr. Goldflam imieniem Towarzystwa neurologicznego oraz przedstawiciel Towarzystwa higjeny społecznej. Po odczytaniu szeregu telegramów i listów gratulacyjnych nastąpił wybór prezydjum.

Przewodniczącym obrano prorektora Profesora Macheka ze Lwowa, zastępcami przewodniczącego Prof. Majewskiego z Krakowa, Dr. Kapuścińskiego z Poznania, Dr. Zunfta z Wilna i Dr. Kolińskiego z Łodzi.

Prof. Machek, obejmując przewodnictwo, w obszernem przemówieniu zaznaczył doniosłość pierwszego Zjazdu w wolnej Polsce, główne jego cele i zadania. Zjazd pozostaje w związku ze źródłem naszych czynności, którem jest duchowa i umysłowa praca, jest zapoczątkowaniem organizacji, dowodzi zainteresowania się nim wszystkich prawie współpracowników i zachęci do spełnienia obowiązków wobec nauki i społeczeństwa. W dalszym ciągu wskazał Prof Machek na potrzebę zmian w organizacji naszych klinik, szpitali ocznych, na potrzebę stworzenia w łonie Towarzystwa okulistów polskich Rad dla spraw, pozostających w związku z okulistyką. Również ważną jest zbiorowa czynność do przeprowadzenia i poparcia wydawnictw naukowych okulistycznych, i publikacji perjodycznych. Bliższe zetknięcie się kolegów przyczyni się wreszcie do wytworzenia stosunków szacunku i przyjaźni.

Posiedzenia zjazdowe odbywały się przez dwa dni przed — i popołudniu. Ilość wykładów była tak obfita, że zaledwie przy ścisłem przestrzeganiu regulaminu, który na przemowy wyznaczył 15 minut, a na dyskusję 5 minut, można było porządek dzienny wyczerpać. Wykładali: Noiszewski (Warszawa), Majewski (Kraków), Reis (Lwów), Likiernik (Warszawa), Kapuściński (Poznań), Musiał (Lwów), Endelman (Warszawa), Kozłowski (Kijów, teraz Sosnowiec), Ballaban (Lwów), Karelus (Kraków), Ruszkowski (Warszawa), Osmolski (Warszawa), Rosenhauch (Kraków). Koszutski (Kalisz), Kępiński (Warszawa), Jarecki (Warszawa), Melanowski (Warszawa), Szwajg (Łódź) i inni. Dyskusje były ożywione i wyczerpujące.

Dla walki z jaglicą wybrano po dłuższej rzeczowej dyskusji osobny Komitet, który ma czuwać nad należytem jej przeprowadzeniem.

Dalej uchwalono zawiązanie Towarzystwa okulistów polskich, przyjęto statut organizacyjny i wybrano tymczasowy zarząd.

Sprawę opieki nad ciemnymi i potrzeby rozszerzenia istniejących szkół dla ciemnych i założenia nowych przedyskutowano i uchwalono jednomyślnie rezolucję o projekcie stworzenia ogólno-polskiego towarzystwa opieki nad ociemniałymi i o współdziałaniu uczestników zjazdu z towarzystwem przez przyjęcie udziału w rejestracji ociemniałych i stworzenie okręgowych towarzystw opieki nad ociemniałymi.

Po wyczerpaniu porządku dziennego przewodniczący Prof. Machek, zreasumowawszy owocne prace zjazdu, złożył podziękowanie komitetowi przygotowawczemu za doprowadzenie do skutku zjazdu i prace przygotowawcze do założenia Towarzystwa okulistów polskich.

Następny zjazd ma się odbyć w roku przyszłym w miejscu i w czasie, który oznaczy Komitet Towarzystwa okulistów polskich.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego.

Rok IV. Nr. 5.

Najświeższy zeszyt Biuletynu Ministertswa zdrowia publicznego, wydany z datą 1 grudnia 1921, a rozesłany pod koniec roku, zawiera na wstępie francuskie przemówienie kierownika Ministerstwa dr. W. Chodźki na otwarcie konferencji Rady doradczej przy Komisji epidemicznej Ligi Narodów, w dn. 15 kwietnia 1911 w Warszawie. W krótkiej a bardzo treściwej formie odparto w tem przemówieniu szeregiem cyfr i faktów fałsze, głoszone w Europie zachodniej przez naszych wrogów, o Polsce czasów nowszych co do pieczy o zdrowie publiczne. Rząd Księstwa Warszawskiego już w r. 1807 stworzył naczelną władzę sanitarną z lekarzem na czele, a w r. 1809 naczelną Radę zdrowia w Ministerstwie spraw wewnętrznych, gdy we Francji Radę taką utworzono dopiero w r. 1822. Piecza o zdrowie publiczne podupadła w Polsce dopiero pod rządami zaborczemi, zwłaszcza rosyjskim. Skoro zaś tylko odzyskaliśmy własny byt państwowy, walka z durem osutkowym i innemi epidemiami zjednała Polsce uznanie wszystkich państw sprzymierzonych.

Drugie przemówienie Ministra dr. Chodźki, pomieszczone w tym zeszycie, a wygłoszone w Sejmie 23 VI. 1921 w dyskusji nad ustawą o felczerach, zawiera argumenty przeciwko poprawkom, wniesionym do Sejmu przez mniejszość Sejmowej Komisji zdrowia publicznego. Jedna z nich zezwala felczerom »udzielać samodzielnej pomocy do przybycia lekarza«, co w praktyce oczywiście wyjdzie na ordynację lekarską felczerów bez żadnych ograniczeń, bo któryż felczer będzie doradzał wezwanie lekarza? Druga poprawka zezwala felczerom na wykonywanie »małej« chirurgji, do której jednak rosyjskie podręczniki »małej» chirurgji (a felczerzy, przeżytek czasów rosyjskich, oczywiście tem zasłaniać się będą) zaliczają narkozę ogólną (!), nakłucie otrzewnej, opłucnej, przeszczepianie skóry itp. Trzecia wreszcie poprawka zezwala felczerom zapisywać leki z tak zwanej listy B. farmakopei rosyjskiej, to jest ni mniej ni więcej, jak kokainę, chloroform, chloral, amylnitrit, naparstnicę itp. Niestety mimo energicznego sprzeciwu Ministerstwa, wbrew wnioskom większości Komisji zdrowia publicznego, poszedł nasz Sejm na ślepo za demagogicznemi przemówieniami pana posła Szybiłły, z zawodu felczera, z tego tytułu (!) należącego do Sejmowej Komisji zdrowia publicznego i tam przedstawiającego ową mniejszość; wszystkie »poprawki« do ustawy felczerskiej, otwierające na oścież wrota partactwu, zostały przez Sejm uchwalone (!), jak widać z tekstu ustawy, ogłoszonego w tymże zeszycie Biuletynu.

Pismo pożegnalne Naczelnego Komisarza epidemicznego, prof. dr. Emila Godlewskiego, pełne uznania dla pracowników Komisarjatu za ofiarność i 20-miesięczną wytężoną pracę, zawiera także główne daty o działalności Komisarjatu: utworzono przeszło 120 szpitali epidemicznych z przeszło miljonem dni leczenia, wybudowano kilkanaście stałych szpitali epidemicznych, uruchomiono 30 zakładów sanitarno-kąpielowych, stworzono przeszło 100 kolumn dezynfekcyjnych i dwie wielkie stacje kwarantannowe; co najważniejsza, działalność była skuteczna, epidemje przytłumiono. Wielka szkoda, że dotychczas nie wyszło nigdzie drukiem szczegółowsze urzędowe sprawozdanie z działalności Komisarjatu; powinnoby to było nastąpić z chwilą zamknięcia działalności Komisarjatu, jako władzy samodzielnej. Ogłoszenie sprawozdania jest konieczne już choćby z względu na zasób doświadczeń, zebranych w tej wielkiej akcji, który powinien stać się dostępny ogółowi, jeśli i w przyszłości ma przynieść należyty pożytek. Im rychlej zaś sprawozdanie będzie ogłoszone, tem lepiej, bo możemy niebawem znów stanąć oko w oko z niebezpieczeństwem wtargnięcia wielkiej jakiej zarazy ze wschodu.

Główną treść zeszytu stanowią wydane przez Ministerstwo zdrowia (i niektóre inne Ministerstwa) liczne rozporządzenia i okólniki. Ogromna ich większość dotyczy spraw aptekarskich. Lekarzy obchodzi rozporządzenie o przymusie zgłaszania przypadków śpiączki epidemicznej (prawdopodobnie już wszystkim znane). Kilka rozporządzeń dotyczy szczegółów zwalczania epidemji, dwa – przymusowej naprawy domów we Włocławku i w Płocku, jedno — łaźni rytualnych, dwa — reorganizacji podziału spraw w Ministerstwie (obecnie dzieli się ono na dwa tylko departamenty i znacznie mniejszą, niż poprzednio, liczbę wydziałów). Ogólniejsze znaczenie mają przepisy sanitarne o piekarniach, oraz dwa rozporządzenia, dotyczące walki z chorobami wenerycznemi: jedno z nich znosi (nareszcie!) odrębne urzędy sanitarno-obyczajowe — pomysł kosztowny, a niepraktyczny — i wciela ich czynności do państwowych urzędów zdrowia, drugie dotyczy otwarcia bezpłatnych poradni dla cywilnych chorych wenerycznych w szpitalach wojskowych.

Stan chorób zakaźnych w Państwie podano w tym zeszycie Biuletynu za 4 miesiące, od marca do czerwca 1921. Przedstawiał on się co do najważniejszych epidemji następująco:

	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec
ospa	592 †63	899 †138	688 †148	412 †77
dur brzuszny	1908 †145	1627 †95	1250 †107	1089 †61
„ osutkowy	7565 †644	7022 †538	5703 †491	3301 †299
„ powrotny	1796 †25	1823 †35	1010 †8	818 †6
czerwonka	67 †9	94 †17	84 †16	499 †41
płonica	1493 †181	1319 †142	1476 †193	1832 †241
błonica	224 †28	221 †29	291 †25	310 †21
gruźlica	484 †807	341 †886	492 †772	370 †717
cholera	— —	— —	3 †—	2 †1
zimnica	161 †—	2331 †2	6158 †16	11306 †4

Ospa panowała więc stosunkowo znacznie (najmniej w Wielkopolsce i zachodniej Małopolsce), dur osutkowy zmniejszał się szybciej, niżby odpowiadało zwykłemu wiosennemu przygasaniu epidemji, czerwonka zaznaczała już w czerwcu wstęp do poważnej późniejszej epidemji. Statystyka gruźlicy, jak świadczą cyfry, niema w obecnych warunkach wielkiej wartości. Jeżeli dane o zimnicy są prawdziwe, to rozszerzyła się ona ponad oczekiwanie i wymagałaby energicznej akcji, o czem jednak Biuletyn nie podaje żadnych wiadomości.

Wreszcie zawiera Biuletyn dalszy ciąg sprawozdania z organizacji i czynności Ministerstwa w r. 1918 (referat higieny szkolnej, położnictwa, opieki nad dziećmi opuszczonemi i moralnie zaniedbanemi), ruch służbowy, a w dziale nieurzędowym sprawozdanie z podróży inspekcyjnej kierownika Ministerstwa na Śląsk, do Lwowa i Lublina ze szczegółami o szpitalnictwie śląskiem i lubelskiem, uchwały Ligi Czerwonego Krzyża w sprawie walki z chorobami wenerycznemi, wiadomości o działalności samorządów na polu zdrowia publicznego (z 3 powiatów, oraz uchwały V Zjazdu miast polskich), bardzo krótkie sprawozdanie ze Zjazdu lekarskiego francusko-polskiego, wreszcie kronikę.

Zeszyt ten Biuletynu nasuwa podobne uwagi, jak zeszyty poprzednie. Wydawnictwo Biuletynu jest niezbędne, jednakże, jeżeli ma spełnić dobrze swoje zadanie, wymaga reform. Przedewszystkiem powinno wychodzić, jak wszystkie podobne wydawnictwa zagraniczne, w stałych odstępach czasu, i to niezbyt długich (n. p. miesięcznych). Statystyka epidemji powinna być podawana jak najrychlej, a nie jak obecnie,

po pół roku. W układzie ogłaszanych przepisów należałoby zaprowadzić jakiś system, którego teraz trudno się dopatrzeć (prócz podawania naprzód ustaw, potem rozporządzeń, a w końcu okólników); jeżeli już nie grupuje się rozporządzeń wedle treści, to niechby zachowano chociaż chronologiczny porządek. Prawdopodobnie nie wszystkie rozporządzenia zostają przeznaczone do druku; jednak i z tych, które się drukuje, możnaby pominąć dość dużo, zwłaszcza te, które miały znaczenie chwilowe i straciły je, zanim doczekały się druku. Konieczny byłby szybszy druk sprawozdania z czynności Ministerstwa za rok 1918, w przeciwnym razie kiedyż wyjdą sprawozdania z lat następnych, jeśli pierwsze wychodzi dopiero po 4 latach? Może nie byłoby bez pożytku, gdyby działalność Ministerstwa właśnie wcześnie dostawała się do wiadomości publicznej. Szersze koła lekarskie w Państwie przedstawiają pewną sumę doświadczenia i sądu, któreby mogły być spożytkowane, gdyby mogły się głośno objawić; nie stanie się to, dopóki przedmiot, nadający się do dyskusji, pojawia się na widowni po czasie. *R.*

Sprawy zawodowe.

Sprawy zdrowia publicznego.

W Ministerstwie zdrowia publicznego odbyła się 15 stycznia 1922 roku pod przewodnictwem kierownika Ministerstwa, dr. W. Chodźki, konferencja w sprawie ustalenia zasad organizacji państwowej służby zdrowia.

Na konferencję tę zostali zaproszeni: Profesor dr. E. Godlewski, b. naczelny nadzw. komisarz epidem., doc. dr. Janiszewski, b. minister zdrowia publ., dr. Bier, dyrektor państw. Zakładu badania środków spożywczych, dr. Schöngut-Strzemieński, prezydent Izby lek. i prof. dr. Ciechanowski z Krakowa; dr. Papée, prezydent Izby lekarskiej, i prof. dr. Sierądzki ze Lwowa; dr. Natter, prezes, i dr. Bednarski, sekretarz Związku małopolskich lekarzy okręgowych; profesor dr. Gantkowski, dyrektor departamentu zdrowia Ministerstwa b. dzielnicy pruskiej, i dr. Hübner, dyrektor wojew. Urzędu zdrowia z Poznania; dr. Pustówka, ref. sanitarny przy Tymcz. Komisji rządzącej w Cieszynie; dr. Bostek, naczelnik Wydziału zdrowia przy Tymcz. Radzie ludowej Górnego Śląska; dr. Michniewicz, prezes Czerwonego Krzyża i dr. M. Kozłowski, naczelnik Wydziału zdrowia przy Tymczasowej Komisji rząd. Litwy środkowej z Wilna; prof. dr. Gluziński, dr. J. Polak, prezes Tow. hig., dr. Narkiewicz lekarz sanitarny m. Warszawy, dr. Pawłowicz, naczelny lekarz kasy chorych, dr. Modrzewski zarządzający pracownią Tow. higjen. z Warszawy. Z Ministerstwa zdrowia uczestniczyli w konferencji dyrektorowie departamentów dr. Borzęcki i Adamski, naczelnicy Wydziałów dr. Lachowicz, Kowalczewski, Grodecki, Trenkner, st. ref. dr. Lipski i sekretarz min. Zaremba.

Program konferencji obejmował: 1) Stosunek organów państwowej służby zdrowia do organów samorządowych. 2) Stosunek Ministerstwa zdrowia do samorządowych budżetów sanitarnych. 3) Stosunek lekarzy powiatowych do starostów. 4) Sprawa ściślejszego zespolenia Kas chorych z działalnością państwowej służby zdrowia.

Konferencję zagaił przewodniczący dłuższem przemówieniem, w którem wskazał na wagę zagadnień, będących przedmiotem konferencji, i na zasady organizacji publicznej służby zdrowia w b. Księstwie Warszawskiem i b. Królestwie Kongresowem, zgodniejsze z duchem i charakterem społeczeństwa od narzuconych później przez rządy zaborcze rozmaitych organizacji.

Następnie nad każdym z punktów programu rozwinęła się obszerna dyskusja na podstawie treściwych referatów, przedstawionych przez dr. Grodeckiego.

W sprawie stosunku państwowej służby zdrowia do sanitarnych organów samorządowych i samorządowych budżetów sanitarnych opowiedzieli się wszyscy obecni na konferencji jednomyślnie za zasadą ścisłego powiązania ze sobą wszystkich ogniw publicznej służby zdrowia ze względu na to, iż tylko w ten sposób da się osiągnąć jednolitę i sprawne działanie tej służby. Stąd wynika konieczność, aby Państwo miało odpowiedni wpływ na mianowanie i zwalnianie lekarzy samorządowych (gminnych, miejskich, okręgowych), przez co usunięta będzie zależność tych lekarzy od czynników miejscowych, oraz aby działalność tych lekarzy była uzupełnieniem działalności państwowych lekarzy powiatowych. Również musi być Państwu zapewniony wpływ na budżety samorządowe o tyle, aby odpowiedni procent w tych budżetach był przeznaczony na cele sanitarne.

Niemniej jednomyślne były wywody wszystkich obecnych na konferencji co do stosunku lekarzy powiatowych i starostów. Obecnie obowiązujące rozporządzenie z 27 listopada 1919, określające ten stosunek, jest nawet w porównaniu do przestarzałych i wadliwych stosunków w b. Austrji cofnięciem się wstecz i musi być bezwarunkowo zmienione, w przeciwnym bowiem razie niedługo braknie kandydatów do państwowej służby sanitarnej, ale nawet dzisiejsze kadry tej służby mogą się zupełnie rozbić. Lekarz powiatowy nie może być podwładnym staroście, ani nie może być przez niego „pouczany" w zakresie swym fachowym, jak to przepisuje wspomniane rozporządzenie. W interesie postępu sanitarnego konieczna jest w tym względzie zmiana gruntowna. Nie znaczy to, aby służba sanitarna miała być zupełnie niezawisłą organizacją administracyjną, niejako państwem w państwie. Jednakże należy nadać służbie zdrowia publicznego obok większej odpowiedzialności także większy zakres działania, a to conajmniej już taki, jaki ona miała w Państwie niemieckiem. Organizacja na wzór niemiecki zachowano dotąd w byłej dzielnicy pruskiej i okazało się, że ma ona wielkie zalety. Należałoby tylko zwiększyć jeszcze zakres bezpośredniego działania lekarza, dodając mu dla ściśle sanitarnych czynności (dezynfekcja, desynsekcja, dozór sanitarny) odpowiednio wykształcone niższe organa wykonawcze, podległe jedynie lekarzowi. Lekarz powiatowy byłby tedy tylko przydzielonym staroście, niejako obok niego postawionym fachowcem, bez wiedzy i zgody lekarza nie wydawałby starosta żadnych zarządzeń sanitarnych, ale i naodwrót; w razie niezgodności zdań lekarz zwraca się do swej wyższej instancji, do województwa; tam też podlega on służbowo i dyscyplinarnie. Mając większe prawa, ma też lekarz większe obowiązki i większą odpowiedzialność; odpowiada za wszystko, co sam podpisuje. Takie określenie stanowiska lekarza niewiele odbiega od stosunków, jakie już od lat dwudziestu (ustawa z r. 1899 i instrukcja z r. 1901) wypróbowano w Niemczech, których poziom sanitarny najlepszym jest dowodem, że obrano tam drogę w zasadzie dobrą. Oczywiście, zasady te, przeniesione do naszych stosunków, musiałyby być odpowiednio dostosowane do właściwości naszego charakteru.

Konferencja nie zakończyła się żadnemi formalnemi uchwałami; byłyby one zresztą zbyteczne wobec tego, że poglądy, wypowiedziane na konferencji, szły po wspólnych lub bardzo zbliżonych torach. Należy też mieć nadzieję, że stanowisko uczestników konferencji będzie wytyczną dla Ministerstwa, a zarazem ważnym w jego rękach atutem wobec innych Ministerstw, nie rozumiejących dotychczas zadań Państwa na polu zdrowia publicznego. *R.*

Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie.

Związek liczy obecnie 500 członków. Wkładka, uchwalona na Walnem Zgromadzeniu w dniu 14. I. 1922, wynosi na rok bieżący 1200 Mkp.

Kasa Pogrzebowa Związku liczy 678 członków. Członkiem może być tylko członek Związku. Wkładka wynosi 220 Mk., płatna tyle razy w ciągu roku, ilu umrze członków. Premja pogrzebowa opiewa obecnie na 70.000 Mk., płatnych natychmiast do rąk spadkobiercy. Zgłoszenia do Związku i Kasy uprasza się nadsyłać pod adresem Zw. Lek. Małop. w Krakowie, Radziwiłłowska 4.

Z chwilą wzrostu Kasy Pogrzebowej o nowych 50 członków, wzrasta premja o 10 000 Mk.

Kolega Dr. Teofil Niec z Rzeszowa przeznaczył premję pogrzebową 60.000 Mk. za brata, śp. Dra Juljana Niecia z Wieliczki (padł ofiarą duru osutkowego w dniu 5 maja 1921 r.), na fundusz wieczysty im. dra Dra Juljana Niecia. Odsetki funduszu mają służyć na zasiłki dla wdów i sierót po członkach Związku.

Lekarze Miejskiego Urzędu Zdrowia w Krakowie złożyli celem uczczenia śp. Dra Tadeusza Kohna-Karneckiego kwotę 5.800 Mk. O tę sumę zwiększył się fundusz im. Dra Juliana Niecia. Za obie powyższe ofiary Wydział Związku składa wymienionym Kolegom słowa koleżeńskiego podziękowania.

Fundusz im Jordana dla wdów i sierót po członkach Związku liczy 42.000 Mk. Wydział Związku prosi gorąco ogół Kolegów, by zechciał pamiętać o powyższych fundacjach przy wszelkiej sposobności i nadsyłać datki, ofiary lub składki na ręce Związku.

Celem uczczenia ś. p. Dra Tadeusza Karneckiego, zmarłego w Krakowie dnia 5 września 1921, złożyli lekarze tut. Miejskiego Urzędu Zdrowia kwotę 5600 Mk. Datek ten przeznaczono na zwiększenie fudnszu Dra Juljana Niecia. Za szlachetną fundację i koleżeński dar składa Wydział Związku wymienionym kolegom serdeczne podziękowanie.

Fundusz im. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach członkach Związku Lekarzy Małopolski wynosi 37.000 Mk.

Wydział Związku prosi usilnie ogół Kolegów, by przy wszelkiej sposobności pamiętali zawsze o powyższych funduszach i fundacjach i nadsyłali jakiekolwiek datki, dary i składki pod adresem związku. Zasilanie tych funduszów, względnie tworzenie nowych fundacyj ku uczczeniu czyjejś pamięci jest poniekąd moralnym obowiązkiem kolegów. Niech bodaj parę wdów otrzyma raz rocznie jaki taki wydatniejszy zasiłek. Przez kilka ostatnich lat nie udzielano zupełnie wsparcia pomimo kilku stałych zgłoszeń jedynie z powodu znikomości odsetek. *G. Grz.*

Sprawozdanie skarbnika podamy w następnym numerze.

† Wacław Męczkowski.

Dnia 13 stycznia b. r. śp. Wacław Męczkowski zakończył swój pracowity, a nie usłany różami żywot, poświęcony nauce i pracy społecznej. Urodzony 10 VI. 1862 r. w Dąbsku pow. Łukowskiego, po odbyciu nauk szkolnych w Siedlcach ze złotym me-

Zaproszenie do Subskrypcji!

Spółka wydawnicza lekarska

Spółka z ogr. odp.

Kraków — Lwów — Warszawa.

Pragnąc rozszerzyć łamy naszego pisma i oprzeć je na szerszej finansowej podstawie, postanowiliśmy utworzyć Spółkę z ogr. odp. która miałaby za zadanie wydawanie «POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ» oraz innych czasopism, odczytów, monografji, podręczników i dzieł naukowych. Kapitał Spółki wyniesie na razie 15,000.000·— Mp. rozłożonych na 1500 udziałów po 10.000 Mp.

Udziały zgłaszać mogą przedewszystkiem lekarze i organizacje lekarskie. Zgłoszenia na udziały prosimy przesłać na załączonej deklaracji, a gotówkę prosimy przesłać załączonym czekiem P. K. O. lub przekazać przez Bank Małopolski w Krakowie (Rynek), we Lwowie ul. 3-go Maja 10, w Warszawie, ulica Marszałkowska 154 na rachunek **Spółki wydawniczej lekarskiej we Lwowie.**

Ostateczny termin zgłoszeń oznacza się na dzień 25 lutego 1922.

W dniu 5 marca odbędzie się organizacyjne Walne Zgromadzenie, wybór władz t. j. Rady Nadzorczej, Dyrekcji i t. d. Udziałowcy odpowiadają tylko swoimi udziałami i uczestniczą w zyskach przedsiębiorstwa od dnia 1-go stycznia 1922.

ZAŁOŻYCIELE:

Prof. Dr. St. Ciechanowski Kraków, Prof. Dr. M. Franke Lwów, Prof. Dr. K. Groer Lwów, Prof. Dr. W. Nowicki Lwów, Prof. Dr. A. Rosner Kraków, Dr. W. Szumiański Warszawa, Dr. J. Szmurło Warszawa, Dr. Cz. Stankiewicz Warszawa, Dr. B. Wojciechowski Kraków H. Altenberg Lwów, E. Wende i Ska Warszawa, Tow. akc. «IGNIS» Warszawa.

UWAGA: Wszystkich Kolegów, którzy zgłosili w swoim czasie udziały dla Tow. akc. «IGNIS» w Warszawie, upraszamy uprzejmie ze względów formalnych o ponowne wypełnienie załączonej deklaracji.

Dr. Wład. Janowski. Dr. Jan Szmurło. Dr. Wit. Szumlański.

Warszawa, 1 lutego 1922.

dalem, wstąpił do uniwersytetu Warszawskiego na wydział matematyczny w r. 1881. Tu wkrótce los zaczął Mu rzucać po nogi kamienie, jak to słusznie zaznaczył B. Sawicki w swej mowie pogrzebowej. W roku 1883 za udział w rozruchach studenckich (t. zw. sprawa Apuchtina), M. został wydalony z Uniwersytetu i z Warszawy. Przez cały rok zajmował się nauczycielstwem prywatnem w Siedlcach, a przez następne lat 5 pracował jako urzędnik drogi żelaznej Dąbrowieckiej w Radomiu. W roku 1889 z wielkim trudem uzyskał pozwolenie na odbycie studjów lekarskich, lecz tylko w charakterze wolnego słuchacza. Po złożeniu wszystkich egzaminów uzyskał stopień lekarza *cum eximia laude* w r. 1894. Jako asystent pracował w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Chełchowskiego. Rok 1896 przepędził w Berlinie na studjach nad neurologją u Oppenheima, Goldscheidera, Mendla i Leydena. Po powrocie z zagranicy przez 3 lata pełnił obowiązki lekarza miejscowego w szpitalu Dzieciątka Jezus i asystenta na oddziale Chełchowskiego, a następnie lekarza ambulatorjum. W roku 1907 otrzymał nominację na ordynatora nadetatowego. W roku 1910 został lekarzem zarządzającym w nowoutworzonej filji szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Złotej. Szpital ten, dzięki Męczkowskiemu, stał się bardzo pożyteczną placówką polskiej neurologji. Neurologja była ulubioną przez Męczkowskiego gałęzią medycyny, czemu dał wyraz w szeregu prac, posiadających głębszą wartość, jak np. spostrzeżenia nad zatruciem tlenkiem węgla, tężcem, nowotworami mózgu i rdzenia, monografia o udawaniu objawów nerwowych, o nowotworach móżdżka i ich leczeniu. Męczkowski był bardzo czynnym członkiem komitetu organizacyjnego I Zjazdu Neurologów i Psychjatrów Polskich w r. 1910 i redaktorem pamiętnika tegoż Zjazdu.

Tej jednak tak przez siebie ulubionej specjalności nie dał się pochłonąć Męczkowski. W latach młodzieńczych z całym zapałem oddawał się sprawie oświaty i uświadamianiu ludu w tajnych kółkach oświatowych, za co dostał się do więzienia w Radomiu w r. 1889, drugi raz w Cytadeli w r. 1894. Sprawy oświaty i kultury polskiej obchodziły Go bardzo żywo przez całe życie; znaną była Jego gorliwość w gromadzeniu starych zabytków polskich i dokumentów. Gdy został lekarzem, zwrócił szczególną uwagę na nasze szpitalnictwo, na jego przeszłość, braki obecne i potrzeby, dziedzinę mało uprawianą przez naszych lekarzy. Rozpoczął od zbierania materjałów i dokumentów, planów, dzieł i broszur, z czego powstała bogata i jedyna w swoim rodzaju bibljoteka. Na podstawie tych materjałów Męczkowski ogłaszał co pewien czas prace bardzo cenne, bo źródłowe. Tak powstały treściwe monografie szpitali prowincjonalnych w Kaliszu, Milanowie, szpitali warszawskich. „Prowizorowie szpitalni w dawnej Polsce", „Rys. dziejów nadzoru lekarskiego nad prostytucją", „Zarys dziejów pomocy lekarskiej w wojsku Polskiem" i przygotowane do druku, (a nie wydane) Polskie ustawodawstwo szpitalne cywilne i kościelne, „Historja szpitala prowincjonalnego w Parczewie", „Historja szpitali w Pułtusku". Do prac nie wydanych należy i „Policja tajna rosyjska za czasów Królestwa Kongresowego".

Gdy po wojnie japońskiej rząd zaczął się więcej liczyć ze społeczeństwem i spodziewano się między innemi reform w szpitalnictwie, Męczkowski ogłosił kilka prac, omawiających potrzeby naszego szpitalnictwa (Gaz. Lek. 1905), „Organizacja zarządu szpitalnego" (Księga jubileuszowa Sawickiego 1909), „Stan i potrzeby naszych szpitali" (Bibljoteka Warsz. 1907). W dziele „Medycyna w samorządzie" (1906) Męczkowski objął redakcję ogólną i szpitalnictwo. Władze rosyjskie zwróciły uwagę na Męczkowskiego i starały się zużytkować Jego wiedzę i pracowitość. Męczkowski bierze udział w różnych komisjach przedstawia wnioski, redaguje 2 tomy księgi pamiątkowej, wydanej przez Magistrat m. st. Warszawy po objęciu przez tenże szpitali Warszawskich.

W czasie wojny Męczkowski staje się kierownikiem działu sanitarnego i Członkiem Centralnego Komitetu Obywatelskiego, a następnie członkiem Komitetu obywatelskiego miasta Warszawy i członkiem zarządu Magistratu. W r. 1916 Męczkowski zostaje kierownikiem Wydziału Szpitalnictwa. Długo wahał się Męczkowski, zanim objął to stanowisko, ulegając namowom kolegów. Ani on sam, ani jego koledzy nie przypuszczali, jak ciężki na siebie bierze obowiązek. Organizować szpitalnictwo w epoce chaosu, głębokiego przewrotu społecznego, graniczącego z zupełnym bezrządem, wśród ciągłych strajków i nieustannych kłopotów finansowych w kasie miejskiej, przechodziło siły przeciętnego człowieka. W tych ciężkich warunkach trzeba było stwarzać biurowość szpitalną, układać regulaminy dla służby szpitalnej wyższej i niższej, zgodne z duchem czasu i zmianą warunków społecznych, a nie mieć siły do ich przeprowadzenia, organizować walkę z chorobami zakaźnemi przy braku odpowiednich pomieszczeń i lekarzy, projektować pożyteczne inwestycje w szpitalach i zawieszać je, gdy są rozpoczęte, z powodu braku funduszów.

Męczkowski, jak mógł, zwalczał te trudności, nie żałując czasu i sił swoich, nadwątlonych wytężoną pracą i nienormalnemi stosunkami ze służbą, z Magistratem, z Radą miejską. Spotykała Go zawsze surowa, często niesprawiedliwa krytyka za różne niedomagania naszego szpitalnictwa, których On sam usunąć nie był w mocy. Pomimo tego udało mu się przeprowadzić niejedną rzecz pożyteczną i trwałą, jak kursy pielęgniarskie dla Sióstr Miłosierdzia, kursy dla dezynfektorów, szkołę pielęgniarską z udziałem Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i inne. Chętnie popierał wszelką dobrą inicjatywę. W ten sposób dzięki jego poparciu w szpitalu D. Jesus nastąpiło usunięcie ze szpitala ambulatorjum i przeniesienie go na inne miejsce, urządzenie oddziału obserwacyjnego, utworzenie centralnej bibljoteki dla chorych, a w ostatnich czasach urządzenie oddziału terapji fizykalnej.

Był to człowiek prawy, pełen dobrej woli i poświęcenia dla spraw społecznych, szczery zwolennik postępu i kultury, miłujący Ojczyznę i dbający o jej dobro. Padł na stanowisku, pracując do ostatniego tchnienia.

Cześć Jego pamięci! *A. Puławski.*

Nagrody konkursowe Akademji nauk lekarskich.

Akademja nauk lekarskich ogłasza konkurs na 5 nagród po 50 000 m. p. za najlepsze prace z dziedziny biologji, fizjologji, patologji, farmakologji lub higjeny, ogłoszone drukiem po polsku w latach 1921 i 1922 lub złożone Akademji w rękopisie przed dn. 1 stycznia 1923.

Prace rękopiśmienne należy składać w Sekretarjacie generalnym Akademji (Warszawa, Nowy Świat 19).

Prace członków czynnych Akademji nie mogą być nagrodzone.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Do Komisji redakcyjnej „Polskiej Gazety Lekarskiej" zostali przez Towarzystwo lekarskie krakowskie wybrani koledzy: Akerman, Blassberg, doc. Bujak, prof. Ciechanowski, prof. Lenartowicz, prof. Majewski, ppułk. Maciąg, pułk. Masny, prym. Kostrzewski, prof. Orłowski, prof. Piltz, prof. Rosner, prof. Rutkowski, prezydent Izby Schoengut-Strzemieński, prezes Tow. B. Woyciechowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie przypomina swoim Członkom, że przymus prenumeraty „Polsk. Gazety lek." obowiązuje nadal na mocy odnośnej uchwały Walnego Zgromadzenia. *Woyciechowski.*

Polskie Tow. Balneologiczne nadsyła nam następującą odezwę z prośbą o umieszczenie:

Polskie Tow. Balneologiczne w Krakowie, stając u mety swojej 15-letniej działalności, oraz u progu nowej, a zapoczątkowanej uchwaleniem ustawy zdrojowej, ery dziejów zdrojownictwa polskiego w nierozdzielonych już kordonami ziemiach niepodległej ojczyzny, zwraca się z gorącą odezwą, zachęcającą społeczeństwo do popierania rozwoju rodzimego zdrojownictwa, oraz celów Towarzystwa, stojącego od lat na straży tego rozwoju. Aby nie poprzestać na gołosłownych frazesach, przypomina Towarzystwo, że unikając szumnej reklamy, a zwalczając szereg trudności, starało się dotąd usilnie i owocnie spełnić swoje zadanie:

a) przez wzbogacenie dorobku naukowo-balneologicznego trzydziestu kilku pracami, drukowanemi w 3 tomach pamiętnika; b) przez poważną reklamę zdrojowisk i uzdrowisk drogą bezpłatnie rozrzucanych setek egzemplarzy każdego z 1200 Nrów perjodycznych wydawnictw; c) przez zapoznanie szerszych sfer z wartością skarbów naszej ziemi za pośrednictwem 10 roczników ilustrowanych przewodników oraz za pośrednictwem urządzonej wystawy i wydanych odezw, map i nowoczesnych analiz; d) przez poparcie każdej zdrowej inicjatywy, oraz samorzutne zainicjowanie dyskusji nad piekącemi potrzebami zdrojownictwa na 5 Zjazdach, 10 Walnych Zgromadzeniach i szeregu posiedzeń ściślejszych, a wreszcie e) przez wystosowanie do miarodajnych władz uchwalonych na powyższych posiedzeniach memorjałów w sprawach sanitarnych, przemysłowych, aprowizacyjnych i komunikacyjnych.

Wprawdzie Polskie Towarzystwo Balneologiczne w czasach powojennych z powodu różnych trudności, a przedewszystkiem z powodu kosztów druku i papieru, musiało chwilowo zaniechać działalności wydawniczej, nie zaniedbało jednak gorliwie się zająć drogą całego szeregu ankiet konferencji i memorjałów takiemi sprawami, jak starania o ulepszenie komunikacji, współdział w opracowaniu ustawy zdrojowej oraz ułatwienie aprowizacji sezonowej. Zwłaszcza pod tym ostatnim względem było polskie Towarzystwo balneologiczne pierwszem i jedynem, które się zajęło dostarczeniem aprowizacji zdrojowiskom i stało się wogóle sprężyną faktu, że sezony mogły mieć przebieg normalny.

Polskie Towarzystwo balneologiczne poczytuje sobie za obowiązek złożyć niniejsze publiczne sprawozdanie ze swej działalności celem poinformowania nieświadomych oraz zachęcenia obojętnych do wpisywania się na członków Towarzystwa. Towarzystwo wychodzi z tego założenia, że tylko przez zrzeszenie się jak najszerszych sfer, którym dobro polskiego zdrojownictwa powinno leżeć na sercu, a przedewszystkiem lekarzy zdrojowych, właścicieli zdrojowisk, uzdrowisk, zakładów, pensjonatów i przedsiębiorstw, których byt wprost zależy od rozwoju zdrojownictwa, osiągniętym być może rozwój jednej z najważniejszych gałęzi bytu

narodowego, nad którego rozkwitem szczupła tylko garstka ludzi chętnych nie może dość intenzywnie pracować. W tem też przekonaniu, oraz z całą świadomością wielkiej przyszłości rodzimego lecznictwa i przemysłu zdrojowego ponawia Polskie Towarzystwo Balneologiczne prośbę o poparcie moralne i materjalne celów Towarzystwa przez zapisywanie się Szanownych Kolegów na członków tegoż Towarzystwa, oraz przez rozszerzenie treści niniejszej odezwy w najbliższych kołach interesowanych, które niewątpliwie zrozumieją, że dobro jednostek zależy od dobra ogółu, i że na odwrót dobro ogółu warunkuje się solidarną współpracą jednostek.

Za Wydział Polskiego Tow. Balneologicznego w Krakowie: Prezes: *Dr. Maksymiljan Cercha*, Sekretarz: *Dr. Józef Zanietowski* Skarbnik upoważniony do zbierania wkładek: *Dr. Tymoteusz Piotrowski* (Kraków Garncarska 9).

Lwów.

Sprawa repatrjacji i związane z nią niebezpieczeństwo rozwleczenia chorób zakaźnych była przedmiotem żywych obrad w dniu 27 b. m. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w tym celu odbytem. Po referatach wygłoszonych przez kolegów Palestra, Stensinga, Krukowskiego i inż. Dreksle ra odbyła się ożywiona dyskusja, w której podniesiono w pierwszym rzędzie brak odpowiednich urządzeń kwarantannowych i wogóle przestrzegania kwarantanny w punktach granicznych i głównych węzłach, przez które przepływają rzesze powracających, następstwem czego jest zawlekanie w głąb chorób zakaźnych, które może już w najbliższej przyszłości mogą stać się ogólnem groźnem niebezpieczeństwem. Poruszono sprawę zwijania naczelnego nadzw. komisarjatu właśnie w tym czasie, nieodpowiednie skierowywania do gęsto zaludnionych ośrodków rzesz repatrjantów i i. Co do Lwowa podniesiono brak odpowiednich urządzeń kontumacyjnych, zakładu do odkażania (którego plany już dawno opracowano i przesłano do Warszawy a na którego urządzenie gmina nie ma funduszów), konieczność jak najrychlejszej budowy nowych pawilonów przy oddziale zakaźnym tut. państw. Szpitala, do których budowy zobowiązał się rząd wobec dawnego Wydziału krajowego i w. i. Wynikiem dyskusji była uchwała ułożenia przez Zarząd Towarzystwa rezolucji, które w możliwie krótkim czasie mają być przesłane odpowiednim czynnikom. W końcu zebrano kwotę 38 tysięcy Mk na pomoc dla licznych dzieci przebywających w barakach repartjantów.

V. Posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego odbędzie się dnia 10. lutego b. r. o godz. 6-tej wiecz. w Poliklinice, ul. Lindego. Porządek dzienny: 1. kol. Węgłowski: Kilka uwag o wynikach przeszczepiania naczyń (z przedstawieniem przypadków). 2. kol. Parnas J.: O równowadze kwasów i zasad w ustroju ze szczególnem uwzględnieniem krwi.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Francuskie uprasza swych członków zdemobilizowanych o podanie obecnego adresu i nadesłanie przed 1. marca składki za r. b. pod adresem Towarzystwa, ul. Widok 23. Warszawa.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbył się w Warszawie od 28 do 30 z. m. Sprawozdanie ze Zjazdu podamy w następnym numerze.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie przesłało do Tokio następujący akt wdzięczności: Stowarzyszenie lekarzy polskich (Warszawa) z krainy Białego Orła — cześć i koleżeńskie pozdrowienie lekarzom Czerwonego Krzyża (Tokio) z krainy Wschodzącego Słońca.

Stowarzyszenie lekarzy polskich, dowiedziawszy się o szlachetnej pomocy i pieczołowitości, okazanej chorym dzieciom polskim przez lekarzy Czerwonego Krzyża japońskiego podczas pobytu tych dzieci w Tokio w czasie podróży z Dalekiego Wschodu do odrodzonej Ojczyzny, czuje się w miłym obowiązku wyrazić serdeczne podziękowanie lekarzom japońskim za ich poświęcenie miłosierne i trudy. Naród polski, który w szeregu lat pozbawiony był bytu politycznego, dziś po jego odzyskaniu szczególną czuje wdzięczność dla tych, którzy w okresie odrodzenia i budowy własnej niepodległości okazują mu pomoc, współdziałanie i bratnie uczucie.

Dzieci — to przyszłość narodu, zadatek jego bytowania i rozwoju, dlatego troska o ich byt i rozwój jest troską narodu.

„Dziecko za rękę — to matkę za serce" mówi polskie przysłowie. Szlachetna Japonia przytuliła 1600 dzieci polskich, powracających do Matki Ojczyzny Japonia podała im rękę i ujęła Polskę za serce.

Wiemy, że Cesarzowa rycerskiej Japonji raczyła zainteresować się losem naszych dzieci.

Wiemy, że społeczeństwo japońskie, magistrat miasta Tokio, prasa japońska szczególną otoczyła pieczołowitością 1600 dzieci powracających do Ojczyzny.

Wiemy, że 15 lekarzy japońskiego Czerwonego Krzyża udzielało ojcowskiej i światłej opieki dzieciom chorym.

Wiemy, że 40 sióstr miłosierdzia opiekowało się temi dziećmi.

Wiemy, że jedna siostra miłosierdzia przypłaciła swoje poświęcenie życiem; cześć jej duchowi!

Cześć Wam wszystkim za to poświęcenie zgodne z tradycyjną szlachetnością i rycerską cnotą narodu japońskiego. Dowiedliście czynem, że medycyna jest nauką i dorobkiem całej ludności, że miłosierdzie jest jej siostrą i towarzyszką, bez której zeszłaby do rzędu rzemiosła.

W sprawie zapalenia gardła Plaut-Vincent'a i wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej wydało Min. Zdr. Publ. następujące pouczenie:

„W ostatnich latach w całej Europie, a w tem i w Polsce, daje się spostrzegać znaczny wzrost ilości przypadków zachorowania na anginę Plaut-Vincent i stomatitis ulcerosa. W Warszawie w jednym z przytułków dla dzieci wybuchła epidemja wrzodziejącego zapalenia gardła i jamy ustnej. (z grona 57 dzieci zachorowało 47). Przebieg kliniczny anginy Plaut-Vincenta występuje w dwóch postaciach. Postać pierwsza, podobną do błonicy, cechuje biało-szarawy nalot, przeważnie na jednym migdałku przy nieznacznem powiększeniu gruczołów podszczczękowych. Po kilku dniach nalot znika, gorączka przeważnie nieznaczna, łykanie w nieznacznym stopniu utrudnione. W postaci drugiej, rozpoczynającej się przeważnie podobnie jak pierwsza, nalot ustępuje miejsca owrzodzeniu, zajmującemu nieraz cały migdałek Gruczoły podszczękowe obrzmiewają silniej, gorączka dobiega nieraz do 39°, brak łaknienia, bóle przy łykaniu Choroba trwa 10—15 dni, przy nieodpowiedniem leczeniu może trwać kilka tygodni a nawet miesięcy. Spostrzegano zejścia śmiertelne wskutek rozszerzenia się sprawy chorobowej na błony śluzowe jamy ustnej na podniebienie, przełyk. Wrzodziejące zapalenie jamy ustnej występuje w postaci obrzmienia dziąseł, z początku przeważnie w okolicy przednich zębów trzonowych, wkrótce w miejscu obrzmienia tworzą się owrzodzenia pokryte szarawym nalotem. Dziąsła krwawią obficie. Ropienie przybiera nieraz rozmiary większe a pomiędzy dziąsłem a zębem gromadzi się ropa (*pyorrhea alveolaris*). Gruczoły podszczękowe obrzmiewają, przyjmowanie pokarmów stałych staje się utrudnionem. Przy braku leczenia stan ten trwać może szereg miesięcy, doprowadzić do głębokich owrzodzeń i zejścia śmiertelnego. Wszystkie te schorzenia cechuje przykry gnilny zapach. W każdym przypadku jednej i drugiej choroby badanie mikroskopowe wykazuje obecność dużej ilości prątków wrzecionowatych (*bac. fusiformis*) i krętków (*spirochaete Plaut-Vincent*) i ze ścisłością potwierdzić może rozpoznanie kliniczne. Możliwem jest występowanie jednocześnie anginy Plaut-Vincent i błonicy.

Najlepsze wyniki lecznicze przy tych chorobach daje pendzlowanie 10% rozczynem preparatów salvarsanowych w glicerynie; w ciężkich postaciach stosować należy salwarsan dożylnie po jednem, dwa, a najwyżej 4 zastrzykiwaniach 0,45—0,75 Neos. znikają objawy Plaut-Vincenta zupełnie. Zastrzykiwania to można zawsze stosować, a zwłaszcza gdy miejscowe stosowanie 10% rozczynu Neosalvarsanu nie pomaga. Do zastrzyknięć nadaje się również salvarsan srebro w dawkach 0,05—0,1.

Materjał do badania bakterjologicznego należy wybierać w ten sposób, jak to czynimy przy błonicy, tj. wacikiem wyjałowionym zdjąć nalot lub zebrać wydzielinę z owrzodzenia; wacik włożyć do probówki jałowej zakorkowanej, aby materjał nie wysechł i możliwie szybko przesłać do pracowni djagnostycznej.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego uważa za konieczne zwrócić uwagę pp. lekarzy praktykujących na cierpienie powyższe, które należy leczyć energicznie i możliwie niezwłocznie po okazaniu się pierwszego przypadku w celu zapobieżenia ich epidemicznemu rozszerzaniu się pożądane jest zawiadomienie o nich ludności za pomocą komunikatów w prasie perjodycznej, jak również kierowników ochron i innych instytucji dziecięcych, nauczycieli oraz zarządów więziennych.

Organizacja współpracy naukowej z Francją.

Towarzystwo chemji biologicznej (*Société de Chimie biologique*) w Paryżu, na którego czele stoi znany uczony prof. Delezenne, na ostatniem posiedzeniu swego Zarządu, po porozumieniu się z prezesem Akademji nauk lek. w Warszawie, ustalił warunki współpracy polskich i francuskich badaczy w zakresie chemji biologicznej.

W myśl tych warunków w miesięczniku francuskim „Bulletin de la Société de chimie biologique" mogą być umieszczane:

a) prace oryginalne autorów polskich w języku francuskim, które poprzednio zostały przedstawione w jednej z polskich instytucji naukowych i wydrukowane w języku polskim w jej rocznikach. W czasopiśmie francuskiem będzie umieszczona uwaga, kiedy i w jakiej instytucji naukowej polskiej praca została przedstawiona i wydrukowana;

b) artykuły, które syntetycznie ujmować będą całokształt badań, stanowiących oryginalny dorobek polski. W ten sposób uczeni francuscy będą mogli stopniowo zapoznawać się z danym zakresem myśli naukowej polskiej, która, dotąd z konieczności rozproszona po rozmaitych wydawnictwach zagranicznych, rzadko była zbierana pod jeden rzut oka.

W celu ułatwienia pracy w Polsce został utworzony sekretarjat redakcji miesięcznika francuskiego. Na sekretarza zaproszono z Paryża prof. dr. St Dąbrowskiego. Wobec tego prace, przeznaczone do druku w tym miesięczniku oraz wszelkie zapytania należy nadsyłać do Sekretarjatu pod adresem: Poznań, *Collegium medicum*, Zakład chemji biologicznej.

Redakcja otrzymała: M. Gantz. Gruźlica w Warszawie (Materjały do epidemiologji gruźlicy). Odb. z Przegl. epidem. 1921. Skład w księgarni E. Wende. Warszawa.